

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN IBU MENYUSUI TENTANG  
*STUNTING* PADA BALITA DI PUSKESMAS ANTANG MAKASSAR  
TAHUN 2014**



**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan  
Program Ahli Madya Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar**

**OLEH :**

**RAMLAH**

**NIM : 704000011052**

**PRODI KEBIDANAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR  
2014**

## **PERNYATAAN KEASLIAN KARYA TULIS ILMIAH**

Dengan penuh kesadaran, penyusun yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini benar adalah hasil karya penyusun sendiri. Jika dikemudian hari terbukti bahwa ini merupakan duplikat, tiruan, plagiat atau dibuat oleh orang lain sebagian atau seluruhnya maka Karya Tulis Ilmiah (KTI) dan gelar yang diperoleh karenanya batal demi hukum.

Makassar, 27 Agustus 2014

Penyusun

**RAMLAH**  
**Nim: 70400011052**

## KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Segala puji bagi Allah, Tuhan semesta alam, pencipta langit dan bumi, semoga rahmat, hidayah-Nya tercurahkan bagi kita semua sehingga segala aktifitas bernilai ibadah disisi Allah SWT. Pada baginda Rasulullah SAW kita haturkan salam dan do'a tercurahkan yang telah menunjukkan jalan kebenaran bagi penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul **“Gambaran pengetahuan ibu menyusui tentang *stunting* pada balita di puskesmas Antang Makassar tahun 2014”**.

Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di prodi kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar. Penulis sangat menyadari akan keterbatasan pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki, oleh karena itu saran dan kritik yang sifatnya membangun merupakan masukan dalam penyempurnaan selanjutnya dan dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan.

Mengawali ucapan terima kasih ini disampaikan penghargaan yang istimewa kepada ayahanda dan ibunda tercinta Musa dan Aisyah atas segala perhatian, kasih sayang, dukungan, doa'a restu serta pengorbanannya yang tak terhingga. Begitu pula kepada pihak keluarga yang senantiasa memberikan nasehat, doa serta bantuan dalam bentuk apapun, semoga keikhlasannya mendapat balasan dari Allah SWT.

Ucapan terima kasih dan penghargaan yang tak terhingga nilainya juga penulis sampaikan kepada:

1. Bapak Prof. Dr. H. A. Qadir Gassing, HT. Ms selaku rektor UIN Alauddin Makassar yang telah memberikan kebijakan-kebijakan serta mengarahkan segala kemampuan demi membangun kampus UIN Alauddin Makassar agar menjadi perguruan tinggi yang terdepan dan lebih berkualitas.
2. Bapak Dr.dr.H.Andi Armyn Nurdin, M.Sc selaku dekan Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar beserta Pembantu Dekan I, Pembantu Dekan II, Pembantu Dekan III dan seluruh staf administrasi yang telah memberikan berbagai fasilitas kepada seluruh mahasiswa UIN Alauddin Makassar selama masa pendidikan.
3. Ibu Firdayanti, S.SiT M.Keb selaku ketua prodi kebidanan yang telah menuntun, mendidik dan mengajarkan kepada penulis berbagai disiplin ilmu.
4. Ibu dr. Rauly Ramadhani M. Kes. selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang senantiasa meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya dalam membimbing, mengarahkan dan memberikan petunjuk serta memberikan motivasi kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini.
5. Ibu Hj. Sitti Saleha, S.SiT.SKM,.M.Keb selaku penguji I yang telah banyak memberikan saran dan motivasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini

6. Bapak Dr. Burhanuddin, LC.M.ThI selaku penguji II yang telah banyak memberikan saran dan petunjuk dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah khususnya dalam bidang keagamaan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Gubernur Sulawesi Selatan/Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah (BALITBANGDA) Provinsi Sulawesi Selatan, Dinas Kesehatan Kota Makassar yang telah memberikan izin untuk penelitian
8. Kepala puskesmas Antang Makassar yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan.
9. Rekan-rekan mahasiswa Jurusan Kebidanan angkatan 2011 yang telah bersama-sama penulis mengarungi samudera ilmu, saling berbagi suka maupun duka.
10. Terima kasih untuk Sufriadi, Pidar, Dillah, Mida, Ayu yang senantiasa membantu dan memberikan semangat untukku.

Terlalu banyak orang yang berjasa dan terlalu banyak orang yang mempunyai andil kepada penulis selama menempuh pendidikan di Universitas sehingga tidak sempat dan tidak muat bila dicantumkan semua dalam ruang yang terbatas ini. Kepada mereka tanpa terkecuali, penulis mengucapkan terimah kasih dan penghargaan yang sedalam-dalamnya semoga menjadi ibadah dan amal jariyah. Aaamin Yaa Rabb.

Terima kasih atas segala bantuannya yang telah diberikan kepada penulis dalam penusunan Karya Tulis Ilmiah ini semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan Rahmat dan Karunianya kepada kita semua. Amin.

Makassar, Agustus 2014

Penyusun

Ramlah

70400011052

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN KTI.....	ii
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR .....	xv
DAFTAR SINGKATAN .....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xviii
ABSTRAK.....	xx
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Rumusan Masalah .....	9
C. Tujuan Penelitian .....	9
1. Tujuan Umum .....	9
2. Tujuan Khusus .....	9
D. Manfaat penelitian .....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	11
A. Tinjauan Umum Tentang Pertumbuhan dan perkembangan .....	11
1. Pengertian pertumbuhan dan perkembangan .....	11
2. Tahapan tumbuh kembang anak .....	12
3. Ciri-ciri pertumbuhan dan perkembangan .....	15

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak .....	17
5. Penilaian pertumbuhan anak.....	26
B. Tinjauan Umum Tentang Status Gizi .....	32
1. Pengertian Status Gizi.....	32
2. Klasifikasi Status Gizi.....	32
C. Tinjauan Umum Tentang <i>Stunting</i> .....	35
1. Pengertian <i>Stunting</i> .....	35
2. Etiologi <i>Stunting</i> .....	36
3. Pendekatan Diagnostik <i>Stunting</i> .....	45
4. Penilaian <i>Stunting</i> Secara Antropometri.....	46
5. Tata Laksana <i>Stunting</i> .....	54
6. Efek Jangka Panjang <i>Stunting</i> .....	60
7. Pencegahan <i>Stunting</i> .....	64
D. Tinjauan Umum Tentang Laktasi.....	72
1. Pengertian Laktasi.....	72
2. Fisiologi Laktasi.....	72
3. Mekanisme Menyusui.....	74
4. Pemeliharaan Laktasi.....	74
5. Manfaat Menyusui.....	75
E. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan.....	76
1. Pengertian Pengetahuan.....	76
2. Jenis Pengetahuan.....	76
3. Tingkatan Pengetahuan.....	77



4. Pengukuran Pengetahuan.....	78
F. Kerangka Konseptual.....	79
1. Kerangka Pemikiran Variabel Penelitian.....	79
2. Skema Kerangka Konsep.....	80
3. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	80
BAB III METODE PENELITIAN .....	83
A. Jenis Penelitian.....	83
B. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	83
1. Lokasi Penelitian.....	83
2. Waktu Penelitian.....	83
C. Populasi dan Sampel .....	83
1. Populasi.....	83
2. Sampel.....	84
D. Metode Pengumpulan Data.....	85
E. Pengolahan dan Analisis Data .....	85
1. Pengolahan Data .....	85
2. Analisis Data.....	86
F. Penyajian Data .....	87
G. Etika Penelitian.....	87
1. <i>Informed consent</i> .....	87
2. <i>Anonymity</i> .....	88
3. <i>Anonfidentiality</i> .....	88
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....	89

A. Hasil Penelitian .....	89
B. Pembahasan .....	98
BAB V PENUTUP .....	
110	
A. Kesimpulan .....	110
B. Saran .....	111
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	

## DAFTAR TABEL

No. Tabel		Halaman
Tabel 2.1	Kategori Stunting berdasarkan Z-score standar WHO 2005	49
Tabel 2.2	Standar Panjang Badan atau Tinggi Badan Berdasarkan umur Anak Laki-Laki Umur 0-60 Bulan .....51	51
Tabel 2.3	Standar Panjang Badan atau Tinggi Badan Berdasarkan umur Anak Perempuan Umur 0-60 Bulan..... 53	53
Tabel 4.1	Distribusi frekuensi Ibu Menyusui Menurut Umur di Puskesmas Antang Makassar tahun 2014..... .... 91	91
Tabel 4.2	Distribusi Frekuensi Ibu Menyusui Menurut Pendidikan di Puskesmas Antang Makassar tahun 2014..... 92	92
Tabel 4.3	Distribusi Frekuensi Ibu Menyusui Menurut Pekerjaan di Puskesmas Antang Makassar Tahun 2014..... 93	93
Tabel 4.4	Distribusi Frekuensi tingkat pengetahuan Ibu Menyusui Tentang Defenisi <i>Stunting</i> di Puskesmas Antang Makassar Tahun 2014..... 94	94
Tabel 4.5	Distribusi Frekuensi tingkat pengetahuan Ibu Menyusui Tentang Defenisi <i>Stunting</i> di Puskesmas Antang Makassar Tahun 2014..... 94	94
Tabel 4.6	Distribusi Frekuensi tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang Penyebab <i>Stunting</i> di Puskesmas Antang	

	Tahun 2014.....	95
Tabel 4.7	Distribusi Frekuensi tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang tata laksana stunting di puskesmas Antang Makassar tahun 2014.....	96
Tabel 4.8	Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Ibu Menyusui Tentang Stunting Efek Jangka Panjang Stunting di Di Puskesmas Antang Makassar Tahun 2014.....	97
Tabel 4.9	Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Ibu Menyusui Tentang Pencegahan Stunting di Puskesmas Antang Makassar Tahun 2014.....	98

**DAFTAR GAMBAR**

<b>No. Gambar</b>		<b>Halaman</b>
Gambar 2.1	Anak <i>Stunting</i> .....	36
Gambar 2.2	Bayi IUGR.....	43
Gambar 2.3	Pengukuran Panjang Badan Anak Yang Belum Dapat Berdiri	49
Gambar 2.4	Pengukuran Panjang Badan Anak Yang Sudah Dapat Berdiri	50

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I : Lembar Kegiatan Konsultasi.
- Lampiran II : Lembar Persetujuan Responden (*Informed Consent*).
- Lampiran III : Lembar Kuesioner gambarn tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang stunting pada balita di puskesmas Antang Makassar tahun 2014
- Lampiran IV : Surat Permohonan Izin Pengambilan Data Awal dari Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar
- Lampiran V : Surat Permohonan Izin Pengambilan Data Awal dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar kepada Kepala Puskesmas Antang Makassar
- Lampiran VI : Surat Permohonan Izin Penelitian dari Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar kepada Gubernur Sulawesi Selatan (Kepala Balitbangda Provinsi Sulawesi Selatan).
- Lampiran VII : Surat Izin/Rekomendasi Penelitian dari Gubernur Sulawesi Selatan/ Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah (Balitbangda) Provinsi Sulawesi Selatan kepada Walikota Makassar
- Lampiran VIII : Surat Izin/Rekomendasi Penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kepada Kepala Dina Kesehatan Kota makassar

Lampiran IX : Surat Izin /Rekomendasi Penelitian Dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar kepada Kepala Puskesmas Antang Makassar

Lampiran X : Surat Keterangan Selesai Penelitian dari Puskesmas Antang Makassar

Lampiran XI : Master Tabel Penelitian

Lampiran XII : Daftar Riwayat Hidup

## ABSTRAK

**DEPARTMENT OF MIDWIFERY**

**UIN Alauddin MAKASSAR**

**SCIENTIFIC WRITINGS, AUGUST 2014**

**Name : Ramlah, 70400011052**

**Title : " An Overview Knowledge Level About Breastfeeding**

**Stunting In Toddlers at Publikt Health Center Antang**

**Makassar**

**2014 "**

Stunting is a chronic condition that describes the inhibition of growth due to the long-term malnutrition. Stunting is a short state of the body to exceed -2SD deficit below the median length or height. Stunting is a serious health problem in Indonesia.

The research was held on August to 21 August 2014 at Antang Makassar Health Center, this study aims to describe the level of knowledge about breast-feeding mothers in the health centers of stunting among children by 2014 Makassar Antang type used is descriptive research with a population of 472 and 37 samples obtained were selected by purposive sampling using primary data, the data is processed manually with a calculator and displayed in a frequency distribution table and the percentage with an explanation.

The results showed that the level of knowledge about stunting definitions, causes, management , long-term effects, and prevention of stunting is largely lacking. Good level of knowledge about the definition of stunting was 23.3% and the level of knowledge no less than 75.6% of breastfeeding mothers .The level knowledge about the causes of stunting was 18.9% in both categories, 45.9% in the category of pretty, and 35.1% in the low category. The level of breastfeeding knowledge about governance stunting, 54.0% had a good level of knowledge and 45.9% had less knowledge. The level of breastfeeding knowledge about the long-term effects of stunting, 5.4% of respondents have sufficient knowledge level and 94.5% of respondents have less knowledge level. The level of knowledge about the prevention of stunting nursing mothers, 45.9% had a good level of knowledge, 27.0% of respondents have sufficient knowledge level and 35.1% had less knowledge.

The need for the role of government, cross-sector, health officials create and facilitate policies and practices that provide the main focus on the prevention and management of stunting. The role of health workers providing the information (extension) to the community about stunting.

**Bibliography : Literature 73 (2002-2014)**

**Keywords : Knowledge, nursing mothers, stunting**



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar belakang**

Indonesia sebagai negara berkembang menghadapi tantangan yang lebih besar memasuki era globalisasi karena harus bersaing dengan negara-negara lain dalam berbagai bidang. Untuk menghadapi tantangan tersebut dibutuhkan sumber daya manusia yang berkualitas. Banyak faktor yang harus diperhatikan dalam menciptakan sumber daya berkualitas, salah satunya adalah aspek kesehatan. Salah satu komponen dari aspek kesehatan adalah gizi. Gizi merupakan salah satu indikator untuk menilai keberhasilan pembangunan kesehatan sebuah negara dalam membangun sumber daya manusia yang berkualitas (Depkes RI 2009 dalam Rosary dkk 2013). Gizi merupakan salah satu penentu kualitas sumber daya manusia yang berkualitas, sehat, cerdas, dan produktif (Dahlia, 2012).

Keberhasilan pembangunan suatu bangsa ditentukan oleh ketersediaan sumber daya manusia yang berkualitas, yaitu sumber daya yang memiliki fisik yang tangguh, mental yang kuat, kesehatan yang prima, serta cerdas. Kualitas bangsa dimasa depan akan sangat dipengaruhi oleh status gizi pada saat ini, terutama anak dibawah usia lima tahun. Upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia dimulai dengan perhatian utama pada proses tumbuh kembang anak sejak pembuahan sampai mencapai usia dewasa muda (Rahim, 2011).

Masa balita adalah masa yang sangat penting dalam upaya menciptakan sumber daya manusia yang berkualitas. Masa balita merupakan *golden age* (periode keemasan) yaitu periode penting dalam proses tumbuh kembang manusia, perkembangan dan pertumbuhan dimasa itu menjadi penentu keberhasilan pertumbuhan dan perkembangan anak di periode selanjutnya (Hurlock EB, 2006). Sistem persarafan terjadi pertumbuhan otak pada masa balita secara berkelanjutan hingga 80% dan peningkatan keterampilan intelektual (Potts dan Mandelco 2007 dalam Nurhidayati 2011)

Gangguan perkembangan dan pertumbuhan pada balita akan mempengaruhi ketahanan fisik dan kecerdasan sehingga dapat memberi dampak terhadap kehidupan pada masa yang akan datang. Digambarkan pula, ada kekhawatiran jika permasalahan gizi pada balita tidak ditanggulangi akan menyebabkan generasi yang hilang ( *lost generation* ), yaitu suatu keadaan yang berbahaya bagi kelangsungan suatu bangsa (Novayeni dkk, 2011). Anak dibawah usia lima tahun salah satu kelompok yang beresiko tinggi mengalami gangguan perkembangan fisik apabila ada gangguan gizi (Soetjningsih 2002 dalam Shafwan, Kusnanto dan Fuad 2008). Masalah gizi dan kesehatan pada anak umumnya adalah gizi buruk, gizi kurang, gizi lebih, masalah pendek/*stunting*, anemia kekurangan besi, dan karies gigi (Soetardjo, 2011 ).

Permasalahan gizi yang masih menjadi masalah utama di dunia adalah malnutrisi. Masalah malnutrisi merupakan permasalahan global. 25% populasi dunia mengalami kelebihan berat badan, 17% anak usia sekolah yang memiliki berat badan kurang dan 28,5% mengalami *stunting* (Indonesia health

sector review, 2012). Malnutrisi akan membawa dampak yang luas diantaranya mudahnya anak terkena infeksi dan gangguan tumbuh kembang serta fungsi organ tubuhnya (Rodrigues L dan Cervantes A 2011 dalam Giri 2013).

Masalah malnutrisi yang mendapat banyak perhatian akhir-akhir ini adalah masalah kurang gizi kronis dalam bentuk anak pendek atau *stunting*. *Stunting* adalah masalah gizi utama dan makin mengkhawatirkan mengingat terdapatnya hubungan antara *stunting* dan penyakit tidak menular di kemudian hari, yang saat ini menjadi mayoritas beban penyakit di Indonesia. Kaitan antara *stunting* dengan penyakit tidak menular belum sepenuhnya dipahami atau ditangani dengan baik oleh pembuat petugas kesehatan dan pembuat kebijakan (kebijakan gerakan sadar gizi, 2012).

*Stunting* adalah kondisi kronis yang menggambarkan terhambatnya pertumbuhan karena malnutrisi jangka panjang. *Stunting* merupakan keadaan tubuh yang pendek hingga melampaui deficit -2SD dibawah median panjang atau tinggi badan (Manary dan Solomons 2009 dalam Renyoet dkk, 2013). *Stunting* merupakan masalah kesehatan utama dinegara berpendapatan rendah dan menengah karena hubungannya dengan peningkatan risiko kematian pada kanak-kanak. Selain menyebabkan kematian pada kanak-kanak, *stunting* juga mempengaruhi fisik dan fungsional tubuh (The lancet 2008 dalam Fitri 2012).

Status gizi balita harus sangat dijaga dan diperhatikan oleh orang tua, karena terjadi malnutrisi pada masa ini dapat mengakibatkan kerusakan yang

*irreversible* yaitu sulit untuk pulih kembali. Sangat mungkin ukuran tubuh pendek adalah salah satu indikator atau petunjuk kekurangan gizi yang berkepanjangan pada balita. Kekurangan gizi yang lebih fatal akan berdampak pada perkembangan otak (Agria dkk 2012 dalam Dewi 2013).

Kekurangan gizi kronis dalam bentuk anak pendek (*stunting*) masih umum di beberapa negara. Data PBB 2008 dalam Rah et al 2010, Di seluruh dunia pengerdilan mempengaruhi hampir sepertiga dari anak dibawah lima tahun, dengan prevalensi yang lebih tinggi di negara-negara sumber daya Sub-Sahara Afrika dan Asia Selatan (Renyot dkk 2013), sedangkan menurut data yang dikeluarkan Unicef terdapat sekitar 195 juta anak yang hidup di negara miskin dan berkembang mengalami *stunting* (Shashidar 2009 dalam Wiyogawati 2010). Data dari *world health statistic* 2011 menunjukkan prevalensi *stunting* secara global mencapai 26,7% dan gizi kurang mencapai 16,2% (WHO 2012 dalam Soemardi dkk 2013).

Para pemerediksi status gizi anak mengunjungi fasilitas kesehatan di wilayah Jimma Zone, Etiopia Barat Selatan analisis menunjukkan bahwa 14,4% kekurangan berat badan (*underweight*), 33,9% kerdil/pendek, dan 19,2% kurus (Beyene 2012 dalam Renyot dkk 2013). Prevalensi *stunting* pada tahun 2007 di Asia adalah 30,6% (UNSCN 2008 dalam Fitri 2012). Penelitian Sengupta, Phillip dan Benjamin (2010) dalam Fitri (2012) yang dilakukan di Ludhinia India, prevalensi *stunting* pada anak usia 12-59 bulan adalah 74,55% , Sedangkan di Asia tenggara prevalensi *stunting* pada tahun

2007 sebesar 29,1% (UNSCN 2008, Riskesdas 2010 dalam Susilo dan Widyastuti 2013).

Indonesia telah berhasil menurunkan angka kekurangan gizi pada anak usia dibawah lima tahun (balita) dari 24,50% dari tahun 2005 menjadi 17,90% pada tahun 2010 (Riskesdas, 2010). Dalam perjalanannya Indonesia telah berhasil menurunkan angka gizi kurang dan gizi buruk. Namun demikian Indonesia dihadapkan pada pembangunan pangan dan gizi yang lain, yaitu masih tingginya prevalensi balita yang pendek (*stunting*). Walaupun penurunan prevalensi anak balita gizi kurang dan gizi buruk cukup bermakna, namun prevalensi anak balita pendek masih memprihatinkan (Bappenas, 2011).

Prevalensi balita *stunting* pada tahun 2007 berdasarkan data riset kesehatan dasar (2007) di Indonesia secara nasional sebesar 36,8% (Riskesdas, 2007). Berdasarkan data riskesdas (2010), untuk skala nasional prevalensi balita *stunting* sebesar 35,6% atau turun 1,2% dibandingkan tahun 2007 (Riskesdas, 2010). Sedangkan prevalensi balita *stunting* secara nasional pada tahun 2013 adalah 37,2% atau meningkat 1,6% dibandingkan tahun 2010 (Riskesdas, 2013).

Prevalensi balita *stunting* di provinsi Sulawesi Selatan tahun 2007 sebesar 29,1%. 13,9% kategori sangat pendek dan 15,2% kategori pendek (Riskesdas, 2007). Pada tahun 2010, prevalensi balita *stunting* di Sulawesi Selatan meningkat menjadi 38,9%. 15,8% balita dengan status sangat pendek, dan 23,1% balita dengan status pendek (Novayeni dkk 2011;

Riskesdas 2010). Sementara berdasarkan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2013, prevalensi balita *stunting* di Sulawesi Selatan meningkat hingga >40%.

Masalah kesehatan masyarakat dianggap berat bila prevalensi pendek sebesar 30-39 %, dan serius bila prevalensi pendek 40% (WHO, 2010 dalam Riskesdas 2013). Sulawesi Selatan merupakan urutan ketiga provinsi yang mengalami masalah kesehatan serius setelah Maluku yang menempati urutan kedua (Riskesdas, 2013).

Pada kota Makassar, prevalensi balita *stunting* pada tahun 2007 sebesar 26,9%. Kategori sangat pendek yaitu 16,8% dan pendek 10,1% (Renyot dkk 2013). Berdasarkan data dari dinas kesehatan kota Makassar (2013), prevalensi *stunting* di kota Makassar berdasarkan pemantauan status gizi (PSG) pada tahun 2013 adalah 8,69% atau menurun sebesar 18,21%, dengan kategori pendek sebesar 7,3% dan sangat pendek sebesar 1,39% .

Puskesmas Antang adalah salah satu puskesmas di kota Makassar. Data yang diperoleh dari puskesmas Antang tahun 2013, terdapat 1793 balita. Data dari pencatatan status gizi balita puskesmas Antang, terdapat 35 orang balita pendek (*stunting*), dengan kategori sangat pendek sebanyak 20 orang dan indikator pendek sebanyak 15 orang.

Penyebab masalah gizi dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor langsung dan faktor tidak langsung. Penyebab langsung yaitu faktor makanan dan penyakit infeksi. Faktor penyebab tidak langsung meliputi ketahanan pangan dalam keluarga, pola asuh, perawatan kesehatan dan sanitasi

lingkungan yang kurang memadai. Keempat faktor tidak langsung tersebut saling berkaitan dengan pendidikan, pengetahuan, penghasilan, dan keterampilan ibu (Adisasmito 2007 dalam Giri dkk 2013).

Penyebab munculnya kekurangan gizi sangat kompleks, namun salah satu faktor yang dominan adalah akibat perilaku pemberian makanan atau pola asuh gizi yang salah. Pola asuh gizi meliputi perilaku yang berkaitan dengan pemberian makanan pada anak baik dari segi jumlah maupun jenis makanan yang diberikan. Khusus untuk anak usia 0-24 bulan peranan Air Susu Ibu sangat penting. ASI adalah makanan yang aman untuk bayi, mempunyai komposisi gizi yang sesuai kebutuhan dan mengandung antibody yang melindungi bayi dari serangan penyakit sehingga pemberian ASI dapat mencukupi kebutuhan gizi.

Studi-studi di banyak negara berkembang mengungkap bahwa penyebab utama terjadinya gizi kurang dan hambatan pertumbuhan pada anak-anak usia balita berkaitan dengan rendahnya pemberian ASI (Susanty, Mery dkk 2012). Pemberian Air Susu Ibu adalah salah satu faktor penting bagi pertumbuhan dan perkembangan anak (Ahmad dkk, 2010).

Pemberian ASI eksklusif dan MP-ASI yang tepat sampai usia 12 bulan dapat menurunkan prevalensi *stunting* dimana pemberian ASI dan MP-ASI yang tepat dapat menurunkan *stunting* 19,8% (Butta et al 2008 dalam Fitri 2012). Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Banten, pemberian ASI/MP-ASI yang kurang dan pemberian MP-ASI/susu formula terlalu dini dapat meningkatkan risiko *stunting* karena bayi cenderung mudah terkena infeksi

seperti diare (Rahayu LS 2011 dalam Anugraheni dan Kartasurya 2012). Penelitian yang dilakukan oleh Giri, Muliarta, dan Wahyuni (2013), menunjukkan ada hubungan pemberian ASI eksklusif dengan status gizi balita. Balita yang mendapat ASI eksklusif memiliki status gizi baik dibandingkan balita yang tidak mendapat ASI Eksklusif.

Penelitian Picaully dan Toy (2013) mengatakan bahwa determinan kejadian *stunting* adalah pendapatan keluarga, pengetahuan ibu, riwayat infeksi penyakit, riwayat imunisasi, asupan protein dan pendidikan ibu. Salah satu faktor determinan kejadian *stunting* pada anak di bawah lima tahun adalah pengetahuan ibu.

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengetahuan diperlukan sebagai dukungan dalam menumbuhkan rasa percaya diri maupun sikap dan perilaku setiap hari, sehingga dapat dikatakan bahwa pengetahuan merupakan fakta yang mendukung tindakan seseorang (Notoadmodjo 2005 dalam Sulaeman 2011).

Al-quran telah menempatkan ilmu pengetahuan dalam kedudukan yang sangat tinggi, sebagaimana firman Allah swt di dalam QS: Al-Mujadilah [85/11] :

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا إِذَا قِيلَ لَكُمْ تَفَسَّحُوا فِي الْمَجَالِسِ فَافْسَحُوا يَفْسَحِ اللَّهُ لَكُمْ وَإِذَا قِيلَ ائْزُزُّوا فَانْزُزُوا يَرْفَعِ اللَّهُ الَّذِينَ ءَامَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ ۚ وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ خَبِيرٌ ﴿١١﴾



Terjemahnya:

Hai orang-orang beriman apabila kamu dikatakan kepadamu: "Berlapang-lapanglah dalam majlis", Maka lapangkanlah niscaya Allah akan memberi kelapangan untukmu. dan apabila dikatakan: "Berdirilah kamu", Maka berdirilah, niscaya Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman di antaramu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat. dan Allah Maha mengetahui apa yang kamu kerjakan. (AL-Kalam digital, 2009)

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka penulis tertarik melakukan penelitian tentang gambaran tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang *stunting* pada balita.

## **B. Rumusan masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas maka perlu dilakukan penelitian untuk menjawab pertanyaan bagaimana gambaran tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang *stunting* pada balita di puskesmas Antang tahun 2014.

## **C. Tujuan penulisan**

### **1. Tujuan umum**

Untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang *stunting* pada balita di puskesmas antang tahun 2014.

### **2. Tujuan khusus**

- a. Untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang defenisi *stunting*
- b. Untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang penyebab *stunting*
- c. Untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang tata laksana *stunting*

- d. Untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang efek jangka panjang *stunting*
- e. Untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang pencegahan *stunting*.

#### **D. Manfaat penulisan**

Hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat untuk :

##### **1. Bagi peneliti**

Untuk menambah wawasan dan pengetahuan dalam penerapan ilmu yang diperoleh sewaktu perkuliahan

##### **2. Bagi masyarakat (keluarga)**

Memberikan masukan bagi keluarga agar memperhatikan gizi balita untuk menunjang pertumbuhan dan perkembangan yang optimal dalam rangka menciptakan sumber daya manusia berkualitas, cerdas, dan produktif.

##### **3. Bagi peneliti selanjutnya**

Dapat digunakan sebagai bahan informasi dan masukan bagi mahasiswa untuk melakukan penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan penelitian yang dilakukan oleh penulis.

##### **4. Instansi kesehatan (puskesmas)**

Memberikan masukan kepada pihak puskesmas dalam memberikan dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang optimal khususnya dalam perbaikan

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan umum tentang pertumbuhan dan perkembangan**

##### **1. Defenisi pertumbuhan dan perkembangan**

Pada hakikatnya, semua manusia mengalami proses pertumbuhan dan perkembangan. Pertumbuhan terjadi setiap saat dalam tubuh manusia. Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran dan jumlah sel serta jaringan interseluler, berarti bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh dalam arti sebagian atau keseluruhan (Fitriani, 2011). Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran dan jumlah sel serta jaringan interseluler, bersifat kuantitatif sehingga dapat diukur menggunakan satuan panjang, satuan berat, dan ukuran kepala (Khamzah (2012).

Pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan masalah perubahan ukuran, besar atau jumlah dimensi pada tingkat sel, organ, ataupun individu, yang bias diukur dengan ukuran berat (gram, *pound*, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolic (retensi kalsium dan nitrogen tubuh) (Soetjiningsih (2012).

Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks, bersifat kualitatif, pengukuran dapat dilakukan menggunakan skrining perkembangan ( Khamzah, 2012; Fitriani 2011). Perkembangan merupakan progresif yang teratur sebagai akibat kematangan. Pengertian perubahan progresif adalah perubahan menuju kemajuan (Herri dan Namora 2010). Pengertian teratur berarti

dalam perkembangan terdapat interelasi antara tugas-tugas perkembangan sebelumnya, saat ini, dan persiapan menghadapi tugas sebelumnya. Hal ini menunjukkan bahwa adanya perubahan saat ini dipengaruhi perubahan sebelumnya dan perubahan saat ini akan mempengaruhi perubahan selanjutnya.

## 2. Tahapan tumbuh kembang anak

Tahap awal perkembangan manusia diawali dengan peristiwa pertemuan sel sperma dan sel telur (fertilisasi). Fertilisasi akan menghasilkan sel individu baru yang disebut zigot dan akan melakukan pembelahan menuju pertumbuhan dan perkembangan menjadi embrio kemudian menjadi fetus. Manusia diciptakan secara bertahap. Ini sebagaimana firman Allah swt dalam QS: Nuh [71/13-14] :

مَا لَكُمْ لَا تَرْجُونَ لِلَّهِ وَقَارًا ﴿١٣﴾ وَقَدْ خَلَقَكُمْ أَطْوَارًا ﴿١٤﴾

Terjemahnya :

“Mengapa kamu tidak percaya akan kebesaran Allah? Padahal dia Sesungguhnya Telah menciptakan kamu dalam beberapa tingkatan kejadian”. (Al-Kalam digital, 2009)

Dalam ayat tersebut dijelaskan bahwa Nabi Nuh as yang menasehati kaumnya seperti terbaca pada ayat sebelumnya, melanjutkan nasihat beliau dengan berkata :“mengapa kamu tidak mengharap bagi Allah penghormatan ? Padahal sungguh Dia telah menciptakan manusia berfase-fase”. Dari nutfah, alaqah, mudgah dan seterusnya dan pada setiap fase itu Dia melimpahkan rahmat dan pemeliharaan-Nya kepada kamu.

Menurut ulama Al-Baidhawi memahami kata tarju'na dalam arti mempercayai, sehingga ayat diatas dipahaminya dalam arti “ apa yang terjadi pada diri kamu sehingga kamu dalam keadaan tidak mempercayai keagungan, yang mengharuskan kamu berfirman dan bertakwa kepada-Nya (Shihab, M. Quraish, 2002).

Tahap tumbuh kembang anak berlangsung secara teratur, saling berkaitan, dan berkesinambungan dimulai sejak konsepsi sampai dewasa. Tahap-tahap pertumbuhan anak sebagai berikut :

a. Masa prenatal atau intrauterine

Masa ini dapat dibagi menjadi 2 periode :

1) Masa embrio

Masa embrio adalah masa sejak konsepsi sampai umur kehamilan 8 minggu. Ovum yang telah dibuahi dengan cepat menjadi suatu organism, terjadi diferensiasi yang berlangsung cepat, terbentuk system organ dalam tubuh.

2) Masa fetus

Masa fetus adalah sejak umur kehamilan 9 minggu sampai dengan kelahiran. Masa ini terdiri atas 2 periode, yaitu masa fetus dini dan masa fetus lanjut. Masa fetus dini, sejak usia 9 minggu sampai trimester kedua kehamilan. Terjadi percepatan pertumbuhan dan alat tubuh mulai terbentuk dan mulai berfungsi. Sedangkan masa fetus lanjut pada trimester akhir kehamilan. Pertumbuhan berlangsung pesat dan adanya perkembangan fungsi-fungsi.

b. Masa postnatal

Masa postnatal atau masa setelah lahir terdiri dari beberapa periode, yaitu:

1) Masa neonatal (0-28 hari)

Terjadi adaptasi terhadap lingkungan dan terjadi perubahan sirkulasi darah, serta mulainya berfungsi organ-organ lainnya.

2) Masa bayi (1-24 bulan)

Masa bayi dibagi menjadi dua, yaitu masa bayi dini (1-12 bulan) dan masa bayi akhir (1-2 tahun). Masa bayi dini pertumbuhan pesat dan proses pematangan berlangsung secara kontinyu terutama meningkatnya sistem saraf. Masa bayi akhir, kecepatan pertumbuhan mulai menurun dan terdapat kemajuan dalam perkembangan motorik dan fungsi ekskresi.

3) Masa prasekolah (2-6 tahun)

Pada saat ini pertumbuhan berlangsung dengan stabil, terjadi perkembangan dengan aktifitas jasmani yang bertambah dan meningkatnya keterampilan dan proses belajar.

4) Masa sekolah (wanita : 6-10 tahun, laki-laki :8-12 tahun)

Pertumbuhan lebih cepat dibandingkan dengan masa prasekolah, keterampilan dan intelektual makin berkembang., senang bermain kelompok dengan jenis kelompok yang sama.

5) Masa remaja (wanita : 10-18 tahun, laki-laki :12-20 tahun)

Pada masa ini merupakan transisi dari periode anak ke dewasa.

Pada masa ini, percepatan pertumbuhan berat badan dan tinggi badan yang sangat pesat yang disebut *Adolescent Growth Spurt* (Fitriani 2011)

### 3. Ciri-ciri pertumbuhan dan perkembangan

Secara garis besar terdapat 4 (empat) perubahan sebagai ciri pertumbuhan, yaitu :

a. Perubahan ukuran

Perubahan ini terlihat jelas pada pertumbuhan fisik yang dengan bertambahnya umur anak terjadi pula penambahan berat badan, tinggi badan, lingkaran kepala, dan lain-lain. Organ tubuh seperti jantung, paru-paru, dan usus akan bertambah besar sesuai dengan peningkatan kebutuhan tubuh.

b. Perubahan proporsi

Selain bertambahnya ukuran-ukuran, tubuh juga memperlihatkan perubahan proporsi. Anak bukanlah dewasa kecil, tubuh anak memperlihatkan perbedaan proporsi jika dibandingkan dengan tubuh orang dewasa. Proporsi seorang bayi baru lahir sangat berbeda dibandingkan tubuh anak dan orang dewasa. Pada bayi baru lahir, kepala relative mempunyai proporsi yang lebih besar dibandingkan dengan usia-usia lain. Titik pusat tubuh bayi baru lahir kurang lebih

setinggi umbilicus sedangkan pada orang dewasa titik pusat tubuh setinggi *simpisis pubis*.

c. Hilangnya ciri-ciri lama

Selama proses pertumbuhan terdapat hal-hal yang terjadi perlahan-lahan, seperti menghilangnya kelenjar thymus, lepasnya gigi susu, dan menghilangnya reflex-refleks primitif.

d. Timbulnya ciri-ciri baru

Perubahan fisik yang penting selama pertumbuhan adalah munculnya gigi tetap yang menggantikan gigi susu yang lepas, dan munculnya tanda-tanda seks sekunder seperti tumbuhnya rambut pubis dan aksila, tumbuhnya buah dada pada wanita, dan sebagainya (Fitriani (2011)).

Ciri-ciri perkembangan :

a. Perkembangan melibatkan perubahan

Karena perkembangan terjadi bersamaan dengan pertumbuhan, maka setiap pertumbuhan disertai dengan perubahan fungsi. Perkembangan system reproduksi disertai dengan perubahan pada organ kelamin, perkembangan intelegensia menyertai pertumbuhan otak dan serabut saraf.

b. Perkembangan awal menentukan pertumbuhan selanjutnya

Seseorang tidak akan bias melewati suatu tahap perkembangan sebelum melewati tahapan sebelumnya. Seorang anak tidak akan bias berjalan sebelum ia bisa berdiri.



c. Perkembangan mempunyai pola yang tetap

Perkembangan fungsi organ tubuh terjadi menurut dua hukum yang tetap, yaitu *sefalokaudal* dan *proksimodistal*. Perkembangan yang terjadi lebih dahulu di daerah kepala kemudian akan menuju ke *kaudal*, pola ini disebut *sefalokaudal*. Sedangkan *proksimodistal* adalah perkembangan yang terjadi lebih dahulu di daerah proksimal (Gerakan kasar) lalu berkembang ke bagian *distal* seperti jari-jari yang mempunyai kemampuan dalam gerakan halus.

d. Perkembangan memiliki tahap yang berurutan

Tahap ini dilalui seorang anak mengikuti pola yang teratur dan berurutan, tahap-tahap tersebut tidak dapat terjadi secara terbalik. Seorang anak terlebih dahulu mampu membuat lingkaran sebelum mampu membuat gambar kotak, berdiri sebelum berjalan, dan sebagainya.

e. Perkembangan mempunyai kecepatan yang berbeda

Seperti halnya pertumbuhan, perkembangan berlangsung dalam kecepatan yang berbeda-beda. Kaki dan tangan berkembang pesat pada awal masa remaja, sedangkan bagian tubuh yang lain mungkin berkembang pada masa yang lainnya.

f. Perkembangan berkorelasi dengan pertumbuhan

Pada saat pertumbuhan berlangsung, perkembangan pun demikian, terjadi peningkatan mental, daya nalar, asosiasi, dan lain-lain (Fitriani 2011)

#### **4. Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak**

Pertumbuhan dipengaruhi oleh determinan biologis yang meliputi jenis kelamin, lingkungan di dalam rahim, jumlah kelahiran, berat lahir pada kehamilan tunggal atau majemuk, ukuran orang tua, dan konstitusi genetik, serta faktor lingkungan ( iklim, musim, dan keadaan sosial ekonomi). Pengaruh lingkungan, terutama gizi lebih penting ketimbang latar belakang genetik atau faktor biologis lain, terutama pada masa pertumbuhan. Ukuran tubuh tertentu dapat memberikan keterangan mengenai jenis malnutrisi. (Arisman MB, 2009)

Secara umum terdapat dua faktor utama yang berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak, yaitu:

##### **a. Faktor genetik**

Faktor genetik merupakan modal dasar dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang anak. Melalui intruksi genetik yang terkandung dalam sel telur yang telah dibuahi, dapat ditentukan kualitas dan kuantitas pertumbuhan. Ditandai dengan intensitas dan kecepatan pembelahan, derajat sensitivitas jaringan terhadap rangsangan, umur pubertas dan berhentinya pertumbuhan tulang.

##### **b. Faktor lingkungan**

Lingkungan merupakan faktor yang sangat menentukan tercapai atau tidaknya potensi bawaan. Lingkungan yang cukup baik akan memungkinkan tercapainya potensi bawaan sedangkan yang kurang baik akan menghambatnya. Lingkungan ini merupakan

lingkungan “Bio-fisiko-psiko-sosial” yang mempengaruhi individu setiap hari, mulai dari konsepsi sampai akhir hayatnya.

Faktor lingkungan ini secara garis besar dibagi menjadi :

1) Faktor lingkungan prenatal

Faktor lingkungan pranatal yang berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin mulai dari konsepsi sampai lahir, antara lain adalah:

a) Gizi ibu pada waktu hamil

Gizi ibu yang jelek sebelum terjadinya kehamilan maupun pada waktu sedang hamil, lebih sering menghasilkan bayi BBLR (berat bayi lahir rendah) atau lahir mati dan jarang menyebabkan cacat bawaan. Anak yang lahir dari ibu yang gizinya kurang dan hidup di lingkungan miskin maka akan mengalami kurang gizi juga dan mudah terkena infeksi dan selanjutnya akan menghasilkan wanita dewasa yang berat dan tinggi badannya kurang pula.

b) Mekanis

Trauma dan cairan ketuban yang kurang dapat menyebabkan kelainan bawaan pada bayi yang dilahirkan.

c) Toksin/zat kimia

Masa organogenesis adalah masa yang sangat peka terhadap zat-zat teratogen. Misalnya obat-obatan seperti *thalidomide*, *phenition*, *methadion*, obat-obat anti kanker, dan lain sebagainya dapat menyebabkan kelainan bawaan. Demikian

pula dengan ibu hamil yang perokok berat/peminum alkohol kronis sering melahirkan bayi berat badan lahir rendah, lahir mati, cacat, atau retardasi mental.

d) Endokrin

Hormon-hormon yang mungkin berperan pada pertumbuhan janin, adalah somatotropin, hormon plasenta, hormon tiroid, insulin dan peptide-peptida lain dengan aktivitas mirip insulin (*Insulin-like growth factors/IGFs*).

Somatotropin (*growth hormone*) disekresi oleh kelenjar hipofisis janin sekitar minggu ke-9. Produksinya terus meningkat sampai minggu ke-20, selanjutnya menetap sampai lahir.

Hormon plasenta (*human placental lactogen = hormon chorionic somatomammotropic*), disekresi oleh plasenta di pihak ibu dan tidak dapat masuk ke janin. Kegunaannya mungkin dalam fungsi nutrisi plasenta.

Hormon-hormon tiroid seperti TRH (*Thyroid Releasing Hormon*), TSH (*Thyroid Stimulating Hormon*), T3 dan T4 sudah diproduksi oleh janin sejak minggu ke-12. Pengaturan oleh hipofisis sudah terjadi pada minggu ke-13. Kadar hormon ini makin meningkat sampai minggu ke-24, lalu konstan.

Insulin mulai diproduksi oleh janin pada minggu ke-11, lalu meningkat sampai ke-6 dan kemudian konstan. Berfungsi untuk

pertumbuhan janin melalui pengaturan keseimbangan glukosa darah, sintesis protein janin, dan pengaruhnya pada pembesaran sel sesudah minggu ke-30.

Cacat bawaan sering terjadi pada ibu diabetes yang hamil dan tidak mendapat pengobatan pada trimester I kehamilan, umur ibu kurang dari 18 tahun/lebih dari 35 tahun, defisiensi yodium pada waktu hamil, PKU (*phenylketonuria*), dan lain-lain.

e) Radiasi

Radiasi pada janin sebelum umur kehamilan 18 minggu dapat menyebabkan kematian janin, kerusakan otak, mikrosefali, atau cacat bawaan lainnya. Misalnya pada peristiwa di Hiroshima, Nagasaki dan Chernobyl. Sedangkan efek radiasi pada orang laki-laki, dapat mengakibatkan cacat bawaan pada anaknya.

f) Infeksi

Infeksi intrauterin yang sering menyebabkan cacat bawaan adalah TORCH (*Toxoplasmosis, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes Simplex*). Sedangkan infeksi lainnya yang juga dapat menyebabkan penyakit pada janin adalah *varisela, Cocksackie, Echovirus*, malaria, HIV, polio, campak, virus *influenza* dan virus hepatitis.

g) Stres

Sters yang dialami ibu pada waktu hamil dapat mempengaruhi tumbuh kembang janin, antara lain cacat bawaan, kelainan kejiwaan, dan lain-lain.

h) Imunitas

Rhesus atau ABO inkomtabilitas sering menyebabkan abortus, dan *kern ikterus*, atau lahir mati.

i) Anoksia embrio

Menurunnya oksigenasi janin melalui gangguan pada plasenta atau tali pusat, menyebabkan berat badan lahir rendah.

2) Faktor lingkungan post natal

Lingkungan post-natal yang mempengaruhi tumbuh kembang anak secara umum dapat digolongkan menjadi:

(a) Lingkungan biologis, antara lain:

(1) Ras/suku bangsa

Pertumbuhan somatik juga dipengaruhi oleh ras/suku bangsa. Bangsa kulit putih/Eropa mempunyai pertumbuhan somatik lebih tinggi daripada bangsa Asia.

(2) Jenis kelamin

Dikatakan anak laki-laki lebih sering sakit dibandingkan anak perempuan.

### (3) Umur

Umur yang paling rawan adalah masa balita, oleh karena pada masa itu anak mudah sakit dan mudah terjadi kurang gizi. Disamping itu masa balita merupakan dasar pembentukan kepribadian anak. Sehingga diperlukan perhatian khusus.

### (4) Gizi

Makanan memegang peranan penting dalam tumbuh kembang anak, dimana kebutuhan anak berbeda dengan orang dewasa, karena makanan bagi anak dibutuhkan juga untuk pertumbuhan, dimana dipengaruhi oleh ketahanan makanan (*food security*) keluarga. Ketahanan makanan keluarga mencakup pada ketersediaan makanan dan pembagian yang adil makanan dalam keluarga, dimana seringkali kepentingan budaya bertabrakan dengan kepentingan biologis anggota-anggota keluarga. Satu aspek yang penting perlu ditambahkan adalah keamanan pangan (*food safety*) yaitu menghindari makanan yang mengandung “racun” fisika, kimia dan biologis, yang bisa mengancam kesehatan manusia.

### (5) Perawatan kesehatan

Perawatan kesehatan yang teratur, tidak saja kalau anak sakit, tetapi pemeriksaan kesehatan dan menimbang anak

secara rutin setiap bulan, akan menunjang pada tumbuh kembang anak. Oleh karena itu pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan dianjurkan untuk dilakukan secara komprehensif, yang mencakup aspek-aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

(6) Kepekaan terhadap penyakit

Dengan memberikan imunisasi, maka diharapkan anak terhindar dari penyakit-penyakit yang sering menyebabkan cacat atau kematian. Dianjurkan sebelum anak berumur satu tahun sudah mendapat imunisasi BCG, Polio 3 kali, DPT 3 kali, Hepatitis-B 3 kali dan campak.

(7) Fungsi metabolisme

Khusus pada anak, karena adanya perbedaan yang mendasar dalam proses metabolisme pada berbagai umur, maka kebutuhan akan berbagai nutrisi harus didasarkan atas perhitungan yang tepat atau setidaknya memadai.

(8) Hormon

(a) Somatotropin atau “*growth hormon*” (GH = hormon pertumbuhan)

Merupakan pengatur utama pada pertumbuhan somatic terutama pertumbuhan kerangka. Pertambahan tinggi badan sangat dipengaruhi hormon ini. GH merangsang terbentuknya somatomedin yang kemudian berefek



pada tulang rawan. GH mempunyai “*circadian variation*” dimana aktivitasnya meningkat pada malam hari pada waktu tidur, sesudah makan, sesudah latihan fisik, perubahan kadar gula darah dan sebagainya.

(b) Hormon tiroid

Hormon ini mutlak diperlukan pada tumbuh kembang anak, karena mempunyai fungsi pada metabolisme protein, karbohidrat dan lemak. Maturasi tulang juga dibawah pengaruh hormon ini. Demikian pula dengan pertumbuhan dan fungsi otak sangat tergantung pada tersedianya hormon tiroid dalam kadar yang cukup.

(c) Glukokortikoid

Mempunyai fungsi yang bertentangan dengan somatotropin, tiroksin serta androgen, karena kortison mempunyai efek anti-anabolik. Kalau kortison berlebihan akan mengakibatkan pertumbuhan terhambat/terhenti dan terjadinya osteoporosis.

(d) Hormon-hormon seks

Terutama mempunyai peranan dalam fertilitas dan reproduksi. Pada permulaan pubertas, hormone seks memacu pertumbuhan badan, tetapi sesudah beberapa lama justru menghambat pertumbuhan. Androgen disekresi kelenjar adrenal (dehidroandrosteron) dan

testis (testosteron), sedangkan estrogen terutama diproduksi oleh ovarium.

(e) *Insulin like rowth factors* (IGFs)

Merupakan somatomedin yang kerjanya sebagai mediator GH dan kerjanya mirip dengan insulin. Fungsinya selain sebagai *growth romoting factor* yang berperan pada pertumbuhan, sebagai mediator GH, aktifitasnya mirip insulin, efek metogenik terhadap kondrosit, osteoblas dan jaringan lainnya. IGFs diproduksi oleh berbagai jaringan tubuh, tetapi IGFs yang beredar dalam sirkulasi terutama diproduksi di hepar (Soetdjiningsih, 2012).

## 5. Penilaian pertumbuhan anak

### a. Pemeriksaan klinis

Pemeriksaan klinis meliputi pemeriksaan fisik secara menyeluruh, termasuk riwayat kesehatan, interpretasi gejala-gejala dan tanda-tanda yang berkaitan dengan gizi. Bagian tubuh yang harus lebih diperhatikan dalam pemeriksaan klinis adalah kulit, gigi, gusi, bibir, lidah, mata, dan (khusus lelaki ) alat kelamin. Rambut, kulit, dan mulut sangat rentan sebab usia sel epitel dan mukosa (termasuk mukosa saluran pencernaan yang termanifestasi sebagai diare) tidak lama. (Arisman MB, 2009)

Beberapa tanda fisik bersifat patognomosis untuk defisiensi zat gizi tertentu, sementara yang lainnya tidak. Tanda malnutrisi yang mewakili kekurangan zat gizi tertentu, misalnya *stomatitis angularis*. Karena banyak dari temuan klinik tidak spesifik untuk menyatakan defisiensi gizi tertentu, pemeriksaannya harus dipadukan dengan data-data antropometri, biokimia, dan makanan, sehingga diagnosis yang tepat dapat ditegakkan (Susirah dan Moesudjanti, 2011)

#### **b. Pemeriksaan antropometrik**

Saat ini pengukuran antropometri (ukuran-ukuran tubuh) digunakan secara luas dalam penilaian status gizi, terutama jika terjadi ketidakseimbangan kronik antara energi dan protein. Antropometri berasal dari kata *anthropo* (manusia) dan *metric* (ukuran) yaitu ukuran tubuh manusia (Proverawati dan Wati, 2011).

Pengukuran antropometri terdiri atas dua dimensi, yaitu pengukuran pertumbuhan dan komposisi tubuh. Komposisi tubuh mencakup komponen lemak tubuh (*fat mass*) dan bukan lemak tubuh (*non-fat mass*) (Yuniastuti, 2008). Antropometri sebagai indikator status gizi dapat dilakukan dengan mengukur beberapa parameter.

Pengukuran status gizi balita dan anak dapat dilakukan menggunakan indeks antropometri :

- 1) Indeks berat badan menurut umur (BB/U)
- 2) Indeks berat badan menurut panjang badan atau tinggi badan (PB/BB)

- 3) Indeks panjang badan atau tinggi badan menurut umur (TB/U)
- 4) Indeks gabungan ( BB/U;BB/TB; TB/U)
- 5) Indeks lingkaran lengan atas (LILA)
- 6) Indeks lingkaran kepala menurut umur (LK/U)
- 7) Indeks lipatan lemak di bawah kulit (TLBK) ((Yuniastuti, 2008)

Ukuran antropometri gizi dapat diketahui untuk mengetahui status gizi masa lampau dan status gizi saat ini. Pertumbuhan linear dapat menunjukkan status gizi di masa lampau, yaitu dengan menggunakan indeks TB atau PB, LIDA, LIKA. Sedangkan pertumbuhan massa jaringan dapat menunjukkan status gizi saat ini diketahui dengan menggunakan indeks BB, LILA, dan TLBK (Proverawati dan Wati, 2011).

Parameter antropometri, yaitu :

- 1) Pengukuran tinggi badan/ panjang badan

Pengukuran tinggi badan dapat menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Dalam keadaan normal, pertumbuhan tinggi badan akan beriringan bersama dengan penambahan umur. Istilah tinggi badan digunakan ketika mengukur tinggi badan anak di atas usia 2 tahun, sedangkan istilah panjang badan ketika mengukur tinggi badan anak di bawah 2 tahun. Adapun alat yang digunakan untuk mengukur tinggi badan adalah microtoise, sedangkan untuk mengukur panjang badan adalah infantometer.

## 2) Pengukuran berat badan

Berat badan dapat menggambarkan tentang massa tubuh (otot dan lemak), karena massa tubuh sangat sensitif terhadap perubahan keadaan yang mendadak, misalnya terserang penyakit/ infeksi, menurunnya nafsu makan, menurunnya jumlah makanan yang dikonsumsi, dan lain-lain. Berat badan dapat digunakan untuk mengetahui kecepatan pertumbuhan. Dalam keadaan normal, berat badan akan berkembang mengikuti pertambahan umur, sedangkan dalam keadaan abnormal, terdapat dua kemungkinan dalam pertambahan berat badan yaitu dapat berkembang lebih cepat atau lebih lambat. Berat badan dapat diukur dengan menggunakan timbangan, seperti dacin, salter, timbangan injak, timbangan *detecto*, dan *seca*.

## 3) Pengukuran lingkaran lengan atas (LLA atau LILA)

Pengukuran LLA atau LILA dapat digunakan untuk mengetahui status gizi bayi, balita dan bumil, anak sekolah, serta dewasa. lingkaran otot lengan merupakan gambaran dari massa otot tubuh.

## 4) Pengukuran lingkaran dada

Pengukuran lingkaran dada biasa digunakan pada anak usia 2-3 tahun, karena pertumbuhan lingkaran dada pesat sampai anak berumur 3 tahun. Rasio lingkaran dada dan kepala dapat digunakan sebagai indikator KEP pada balita.

#### 5) Pengukuran lingkaran kepala (LIKA)

Lingkar kepala adalah standar prosedur dalam ilmu kedokteran anak secara praktis, biasanya untuk memeriksa keadaan patologi dari besarnya kepala atau peningkatan ukuran kepala, seperti *hidrosefalus*, dan *mikrosefalus*. LIKA dihubungkan dengan ukuran otak dan tulang tengkorak. Ukuran otak dan lapisan tulang kepala dan tengkorak dapat bervariasi sesuai dengan keadaan gizi. Dalam antropometri, rasio lingkaran kepala dan lingkaran dada cukup berarti dalam menentukan KEP pada anak.

#### 6) Rasio pinggang-panggul

Banyaknya lemak dalam perut menunjukkan ada perubahan metabolisme, termasuk terhadap insulin dan meningkatnya produksi asam lemak bebas, dibanding dengan banyaknya lemak bawah kulit pada kaki dan tangan. Perubahan metabolisme memberikan gambaran tentang pemeriksaan penyakit yang berhubungan dengan perbedaan distribusi lemak tubuh. Ukuran yang umum digunakan adalah rasio lingkaran pinggang-pinggul.

#### 7) Tinggi lutut

Tinggi lutut erat kaitannya dengan tinggi badan, sehingga data tinggi badan didapatkan dari tinggi lutut bagi orang yang tidak dapat berdiri.

#### 8) Tebal lemak bawah kulit (TLBK)

Otot dan lemak merupakan jaringan lunak yang bervariasi. Antropometri dapat dilakukan pada jaringan tersebut (lemak subkutan) untuk menilai status gizi di masyarakat (Proverawati dan Wati 2011).

#### c. Pemeriksaan biokimiawi

Penilaian biokimia adalah pemeriksaan yang sifatnya langsung untuk menentukan status gizi seseorang. Penilaian secara biokimia dapat mendeteksi kelainan status gizi jauh sebelum terjadi perubahan dalam nilai antropometriserta gejala dan tanda-tanda kelainan klinik.

Penilaian biokimia dibagi dalam dua kategori yaitu **tes statis** (static test) dan tes tes fungsional (functional test). Tes statis didasarkan pada penentuan zat gizi atau hasil metabolismenya didalam urine,darah, atau jaringan tubuh, misalnya pengukuran vitamin A, albumin atau kalsium dalam serum. Meskipun hasilnya langsung didapat, namun kelemahannya adalah walaupun hasil tes menunjukkan nilai status gizi didalam jaringan atau cairan yang diambil sebagai sampel tetapi hal ini tidak selalu mencerminkan status gizi seseorang secara keseluruhan , apakah tubuh secara keseluruhan menunjukkan gizi kurang, normal atau lebih.

Tes fungsional dilakukan untuk menetapkan status gizi berdasarkan pertimbangan bahwa “hasil akhir dari kekurangan zat gizi dan kepentingan biologiknya tidak semata-mata ditentukan oleh

kadarnya didalam darah dan jaringan, tetapi oleh kegagalan dari satu atau lebih proses fisiologik yang tergantung pada zat gizi tersebut untuk menunjukkan penampilan optimal”. Beberapa contoh dari tes fungsional adalah tes adaptasi gelap untuk menilai status vitamin A, dan gangguan status imun/kekebalan yang merupakan akibat dari kurang energi protein dan kekurangan zat gizi lain. (Susirah dan Moesudjanti, 2011).

## **B. Tinjauan umum tentang status gizi**

### **1. Defenisi**

Gizi adalah ilmu tentang makanan dalam hubungannya dengan kesehatan tubuh manusia (Adiningsih, 2010). Gizi (*nutrition*) adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme, dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan, untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal organ-organ tubuh, serta menghasilkan energi (Sulistyoningsih 2011)

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi (Sulistyoningsih, 2011). Zat gizi (*nutrients*) adalah ikatan kimia yang diperlukan tubuh untuk melakukan fungsinya, yaitu menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan serta mengatur proses-proses kehidupan (Sulistyoningsih, 2011).



## 2. Klasifikasi status gizi

Dalam menentukan status gizi harus ada ukuran baku yang biasa disebut reference. Berdasarkan baku WHO NHCS status gizi dibagi menjadi empat :

### a. Gizi baik

Gizi baik adalah gizi yang seimbang. Gizi seimbang adalah makanan yang dikonsumsi oleh individu sehari-hari yang beraneka ragam yang memenuhi lima kelompok zat gizi dalam jumlah yang cukup dan tidak kekurangan. Perintah mengkonsumsi makanan yang baik terdapat dalam Al-Quran surah Al-Maidah [5/88] :

وَكُلُوا مِمَّا رَزَقَكُمُ اللَّهُ حَلَالًا طَيِّبًا ۚ وَاتَّقُوا اللَّهَ الَّذِي أَنْتُمْ بِهِ  
مُؤْمِنُونَ

Terjemahnya :

Dan makanlah makanan yang halal lagi baik dari apa yang Allah Telah rezekikan kepadamu, dan bertakwalah kepada Allah yang kamu beriman kepada-Nya.  
(Al-Kalam digital,2009).

Kata *makan* dalam ayat ini dimaksudkan sebagai segala aktivitas manusia. Pemilihan kata *makan*, disamping karena ia merupakan kebutuhan pokok manusia, juga karena makanan mendukung aktivitas manusia. Tanpa makan, manusia lemah dan tidak dapat melakukan aktivitas. Ayat ini memerintahkan untuk memakan yang halal lagi baik. Tidak semua makanan yang halal otomatis baik. Karena yang dinamai halal terdiri dari empat macam, yaitu wajib, sunnah, mubah, makruh. Ada aktivitas yang walaupun halal, namun

makruh atau sangat tidak disukai oleh Allah swt, yaitu pemutusan hubungan. Selanjutnya, tidak semua yang halal sesuai dengan kondisi masing-masing individu. Ada halal yang baik untuk individu karena memiliki kondisi kesehatan tertentu. Dan ada yang kurang baik untuknya, walaupun baik buat yang lain. Ada makanan yang halal tapi tidak bergizi, dan ketika itu ia menjadi kurang baik. Yang diperintahkan adalah yang halal lagi baik (Shihab, M.Quraish, 2002).

b. gizi lebih

Seseorang yang dikatakan memperoleh gizi lebih disebabkan oleh konsumsi makanan yang melebihi dari kebutuhan, terutama konsumsi lemak yang tinggi dan makanan dari gula murni (Adiningsih, 2010).

c. Gizi kurang

Seseorang yang kekurangan gizi disebabkan oleh konsumsi gizi yang tidak mencukupi kebutuhannya dalam waktu tertentu. Tubuh akan memecah cadangan makanan didalam lapisan lemak yang berada dibawah lapisan kulit dan lapisan organ tubuh (Sri Adiningsih, 2010).

d. Gizi buruk

Gizi buruk terjadi bila kondisi kurang gizi berlangsung lama, hal ini berakibat semakin berat tingkat kekurangannya. Hal ini akan menyebabkan terjadinya pemecahan lemak yang berlangsung terus-menerus sehingga tubuh terlihat seperti tinggal kulit saja atau biasa disebut dengan istilah *marasmus*. Selain itu, pemecahan lemak dan

protein juga akan berlangsung terus-menerus sehingga menyebabkan lemak kulit dan cairan tubuh keluar dari sel tubuh yang ditandai dengan adanya oedema atau bengkak dibagian perut (perut membesar). Keadaan seperti ini disebut *kwashiorkor*. (Adiningsih, 2010).

### C. Tinjauan umum tentang *stunting*

#### 1. Defenisi *stunting*

*Stunting* adalah keadaan tubuh yang sangat pendek hingga melampaui deficit 2 SD dibawah median panjang atau tinggi badan populasi yang menjadi referensi internasional (Manary, M.J. & Solomons, N.W, 2008). *Stunting* (tubuh pendek) menggambarkan keadaan gizi kurang yang sudah berjalan lama dan memerlukan waktu bagi anak untuk berkembang serta pulih kembali.

Perawakan pendek (*stunting*) merupakan suatu terminologi untuk tinggi badan yang berada di bawah persentil 3 atau -2 SD pada kurva pertumbuhan yang berlaku pada populasi tersebut (IDAI, 2010). *Stunting* adalah status gizi yang didasarkan pada indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan berdasarkan umur (TB/U) (Menkes RI, 2010).

#### Gambar 2.1 anak *stunting*



(Sumber : Gizi depkes.co.id)

Tinggi badan menurut umur (TB/U) dapat digunakan untuk menilai status gizi masa lampau, ukuran panjang badan dapat dibuat sendiri, murah dan mudah dibawa. Sedangkan kelemahannya adalah tinggi badan tidak cepat naik sehingga kurang sensitif terhadap masalah gizi dalam jangka pendek, perlu ketelitian data umur, memerlukan 2 (Dua) orang untuk mengukur anak (Wang, 2009 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014).

## 2. Etiologi *stunting*

Berbagai pendekatan etiologi dilakukan oleh para ahli, akan tetapi pada dasarnya etiologi perawakan pendek dapat dibagi menjadi 2 (Ikatan Dokter Anak Indonesia 2010), yaitu :

### a. Variasi normal

Pertumbuhan yang normal menggambarkan kesehatan anak yang baik.

Pertumbuhan tinggi badan merupakan suatu proses yang berkelanjutan perawakan pendek yang dikategorikan sebagai variasi normal, yaitu :

1) *Familial short stature* (perawakan pendek familial)

Anak dengan perawakan pendek familial selama periode bayi dan prapubertas akan mengalami pertumbuhan yang sama seperti anak dengan CDGP. Anak-anak ini akan tumbuh memotong garis persentil dalam 2 tahun pertama kehidupan dan mencari potensi genetiknya. Pubertas terjadi normal dengan tinggi akhir berada dibawah persentil 3, tetapi masih normal sesuai potensi genetiknya dan paralel dengan tinggi badan orang tua.

Tinggi badan orang tua maupun pola pertumbuhan badan orang tua merupakan kunci untuk mengetahui pertumbuhan anak. Faktor genetik tidak tampak saat lahir namun akan bermanifestasi setelah usia 2-3 tahun. Korelasi antara tinggi badan anak dan *midparental height* (MPH) 0,5 saat usia 2 tahun dan menjadi 0,7 saat usia remaja (Cuttler Leona, 1996 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014).

Perawakan pendek familial ditandai oleh:

- a) Pertumbuhan selalu berada dibawah persentil 3
- b) Kecepatan pertumbuhan normal
- c) Usia tulang normal
- d) Tinggi badan kedua atau salah satu orang tua pendek
- e) Tinggi akhir dibawah persentil 3

## 2) *Constitutional delay of growth and puberty (CDGP)*

Anak dengan CDGP umumnya terlihat normal dan disebut sebagai *late bloomer*. Biasanya terdapat riwayat pubertas terlambat dalam keluarga. Usia tulang terlambat, akan tetapi masih sesuai dengan usia tinggi. Anak awalnya menunjukkan perawakan pendek pada awal dan pertengahan masa kanak-kanak. Mereka juga mengalami keterlambatan pubertas dan percepatan pertumbuhan.

Salah satu atau kedua orang tuanya umumnya dengan riwayat keterlambatan pubertas, keterlambatan pertumbuhan masa remaja namun mencapai puncak pertumbuhan pada usia selanjutnya (Batubara, 2010 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014).

CDGP ditandai oleh:

- a) Perlambatan pertumbuhan linear pada 3 tahun pertama kehidupan
  - b) Pertumbuhan linear normal atau hampir normal pada saat prapubertas dan selalu dibawah persentil 3
  - c) Usia tulang terlambat
  - d) Maturasi seksual terlambat
  - e) Tinggi akhir biasanya normal
- b. Keadaan patologis

Anak dengan perawakan pendek patologis dapat dibedakan menjadi proporsional dan tidak proporsional.

1) Perawakan pendek proporsional meliputi malnutrisi, IUGR, penyakit kronik, dan kelainan endokrin.

a) Malnutrisi

Penyebab perawakan pendek yang paling umum diseluruh dunia adalah malnutrisi. Protein sangat esensial dalam pertumbuhan dan tidak adanya salah satu asam amino menyebabkan retardasi pertumbuhan, kematangan skeletal dan menghambat pubertas (Cuttler, 1996 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014). Klasifikasi malnutrisi berdasarkan respon jaringan atau terhambatnya pertumbuhan dibedakan atas 2 (Dua) yaitu tipe I yang terdiri dari salah satu defisiensi zat besi, yodium, selenium, tembaga, kalsium, mangan, tiamin, riboplavin, piridoksin, tiamin, asam askorbat, retinol, tokoferol, kalsiterol, asam folat, kobalamin, dan vitamin K. Tipe II diakibatkan oleh kekurangan nitrogen, sulfur, asam amino esensial, potassium, sodium, magnesium, seng, phosphor, klorin dan air.

Malnutrisi tipe I dikenal dengan *functional nutriti* sedangkan malnutrisi tipe II membentuk jaringan dan energi untuk menjalankan fungsi tubuh. Malnutrisi disebabkan oleh asupan yang kurang sehingga konsentrasi di jaringan berkurang, menimbulkan tanda dan gejala yang khas, konsentrasi dalam jaringan bervariasi mekanisme metabolic yang spesifik

sehingga mudah dilakukan pemeriksaan laboratorium, tidak menyebabkan kehilangan berat badan atau gagal tumbuh, disimpan dalam tubuh, menunjukkan efek sebagai pengganti nutrisi *in vitro* dan maupun *in vivo* dan konsentrasi bervariasi pada air susu ibu (ASI).

Malnutrisi tipe II sulit didiagnosis karena tanda dan gejala tidak khas seperti tipe I. Nutrisi tipe II berfungsi membangun jaringan sehingga jaringan tidak akan terbentuk bila terjadi defisiensi nutrisi tersebut bahkan akan terjadi katabolisme jaringan dan seluruh komponen jaringan akan diekskresikan. Apabila jaringan akan dibangun kembali maka seluruh komponen harus diberikan dengan seimbang dan saling ketergantungan. Tidak disimpan dalam tubuh sehingga tergantung dari asupan setiap hari. Beberapa nutrisi seperti phosphor, seng, dan magnesium sangat kecil jumlahnya dalam makanan sehingga konsentrasi yang tinggi diperlukan dengan cara fortifikasi pada beberapa makanan untuk proses penyembuhan (Golden, 2005 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014).

Pertumbuhan tinggi badan merupakan interaksi antara faktor genetik, makronutrien maupun mikronutrien selama periode pertumbuhan. Nutrisi memegang peranan penting terhadap control mekanisme pertumbuhan linear. Penelitian pada



binatang menunjukkan retriksi pemberian energi dan protein menyebabkan penurunan konsentrasi IGF-1 dalam darah dan akan kembali normal setelah diberikan energi yang sesuai. Hubungan antara status nutrisi dan IGF-1 pada manusia tampak penurunan kadar IGF-1 pada anak dengan malnutrisi seperti kwashiorkor dan marasmus (Estivaris, 1997 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014).

Mikronutrien juga berdampak pada sistem IGF-1 seperti defisiensi seng yang dapat menyebabkan retardasi pertumbuhan akibat penurunan kadar IGF-1 dalam plasma dan penurunan growth hormon dan akan kembali normal setelah pemberian seng (Dorup, 1991 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014). Defisiensi mikronutrien seperti magnesium, seng, dan besi menyebabkan anoreksia yang secara tidak langsung menyebabkan berkurangnya asupan energi dan protein yang penting untuk pertumbuhan (Lawless, 1994 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014).

Vitamin D dibutuhkan untuk absorpsi kalsium. Kalsitriol bentuk dari vitamin D mengontrol sintesis kalsium dengan cara meningkatkan absorpsi kalsium di duodenum kemudian diserap pada sel mukosa dan masuk ke dalam darah, meningkatkan reabsorpsi kalsium di ginjal dan meningkatkan mobilisasi kalsium di tulang. Kekurangan vitamin D menimbulkan

manifestasi klinis deformitas tulang panjang dan tanda-tanda hipokalsemia seperti kejang, tetani (Sidhiarta, 2011 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014).

Vitamin A atau asam retinoik berpengaruh pada hormon yang mengatur pertumbuhan jaringan skeletal dengan mekanisme mempengaruhi percepatan pelepasan adenosin monophosphate (AMP) siklik dan sekresi dari hormon pertumbuhan (Sommer, 2004 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014).

Faktor nutrisi yang paling penting menyebabkan *stunting* adalah kurangnya asupan energi, protein dan mikronutrien seperti besi, vitamin A, dan seng (Gibson,dkk.2007 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014).

b) IUG R (*Intrauterine growth retardation*)

Pertumbuhan janin terhambat atau *intrauterine growth retardation* (IUGR) adalah suatu keadaan dimana janin tidak mampu berkembang sesuai dengan ukuran normal akibat adanya gangguan nutrisi dan oksigenasi, atau dengan kata lain suatu keadaan yang dialami bayi dengan berat badan lahir di bawah batasan tertentu dari umur kehamilannya (Cunningham FG et al,2001 dalam Desy Susilawati, 2009).

**Gambar 2.2 bayi iugr**



Sumber: <http://www.i-am-pregnant.com>

c) Penyakit kronik

Penyakit infeksi akut akibat infeksi sistemik seperti pneumonia, diare persisten, disentri, dan penyakit kronik seperti kecacingan mempengaruhi pertumbuhan linear. Infeksi akan menyebabkan asupan makanan menurun, gangguan absorbs nutrient, kehilangan mikronutrien secara langsung, metabolisme meningkat, kehilangan nutrient akibat katabolisme meningkat, gangguan transportasi nutrient ke jaringan. Pada kondisi akut, produksi proinflamatori seperti cytokin berdampak langsung terhadap remodeling tulang yang akan menghambat pertumbuhan tulang (Stephensen, 1999 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014). Penelitian oleh Casapia (2006) dalam Kadek Wini Mardewi (2014) menunjukkan infeksi parasit merupakan faktor risiko sebagai penyebab perawakan pendek.

- d) Kelainan endokrin seperti defisiensi hormon pertumbuhan, hipotiroid, sindrom cushing, serta resistensi hormone pertumbuhan, defisiensi IGF-1/Somatomedin.

*Growth hormon* (GH) atau hormon pertumbuhan merupakan hormon esensial untuk pertumbuhan anak dan remaja. Hormon tersebut dihasilkan oleh kelenjar hipofisis akibat perangsangan dari hormon *GH-releasing faktor* yang dihasilkan oleh hipotalamus. GH dikeluarkan secara episodik dan mencapai puncaknya pada malam hari saat tidur. GH berefek pada pertumbuhan dengan cara stimulasi produksi insulin- like growth faktor 1 (IGF-1) dan IGF-3 yang terutama dihasilkan oleh hepar dan kemudian akan menstimulasi IGF-1 lokal dari kondrosit. *Growth hormon* memiliki efek metabolik seperti merangsang remodeling tulang dengan merangsang aktifitas osteoklas dan osteoblas, merangsang lipolisis, dan pemakaian lemak untuk menghasilkan energi, berperan dalam pertumbuhan dan membentuk jaringan serta fungsi otot serta memfasilitasi metabolisme lemak (Nicol, 2010 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014). Somatomedin atau IGF-1 sebagai perantara hormone pertumbuhan untuk pertumbuhan tulang (Batubara, 2010 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014).

Hormon tiroid juga bermanfaat pada pertumbuhan linear setelah lahir. Menstimulasi metabolisme yang penting dalam

pertumbuhan tulang, gigi dan otak. Kekurangan hormon ini menyebabkan keterlambatan mental dan perawakan pendek. Hormon paratiroid dan kalsitonin juga berhubungan dengan proses penulangan dan pertumbuhan tulang (Greenspan, 2004 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014). Hormon tiroid mempunyai efek sekresi hormon pertumbuhan, mempengaruhi kondrosit secara langsung dengan meningkatkan sekresi IGF-1 serta memacu maturasi kondrosit (Batubara, 2010 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014).

*Sindrom cushing* merupakan istilah yang digunakan untuk menyatakan keadaan akibat peningkatan konsentrasi glukokortikoid dalam darah. Hormon glukokortikoid diperlukan dalam meningkatkan glukoneogenesis, meningkatkan sintesis glikogen, meningkatkan konsentrasi gula darah dan balance nitrogen negatif. Efek glukokortikoid lainnya diperlukan dalam pertumbuhan normal, kelemahan otot, menghambat pertumbuhan skeletal dan menghambat pengeluaran hormon tiroid (Kappy, 2010 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014).

- 2) Perawakan pendek tidak proporsional disebabkan oleh kelainan tulang seperti: kondrodistrofi, dysplasia tulang, sindrom kallman, sindrom marfan, sindrom klinefelter.

Penyakit genetik dan sindrom merupakan etiologi yang belum jelas diketahui penyebabnya berhubungan dengan perawakan pendek

(*stunting*). Beberapa gangguan kromosom, dysplasia tulang dan suatu sindrom tertentu ditandai dengan perawakan pendek. Sindrom tersebut diantaranya sindrom turner, sindrom Prader-Willi, sindrom down, dan dysplasia tulang seperti *osteochondrodystrophies*, *acondroplasia*, *hipocondroplasia* (Kappy, 2010 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014).

*Sex steroid* (estrogen dan testosteron) merupakan mediasi percepatan pertumbuhan pada masa remaja. Jika terjadi keterlambatan pubertas maka terjadi keterlambatan pertumbuhan linear (Cuttler, 1996 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014).

### 3. pendekatan diagnostik *stunting*

Pada anak dengan perawakan pendek harus dilakukan pemeriksaan serta baik dan terarah agar tata laksananya optimal. Evaluasi perawakan pendek ini sangat dibutuhkan untuk menilai proses pertumbuhan. Melakukan analisis dan pemeriksaan fisis yang cermat dapat membantu membedakan etiologi perawakan pendek adalah proses patologis atau masih merupakan variasi normal/ fisiologis.

Kriteria awal pemeriksaan anak dengan perawakan pendek (*stunting*) adalah:

- a. TB dibawah persentil 3 atau -2SD
- b. Kecepatan tumbuh dibawah persentil 25
- c. Perkiraan tinggi badan dewasa dibawah *midparental height* (MPH)

#### 4. Penilaian *stunting* secara antropometri

Penilaian *stunting* pada anak dilakukan dengan cara pengukuran. Penilaian *stunting* secara antropometri menggunakan indeks Penilaian status gizi balita berdasarkan TB/U dikenal sebagai *stunting* (Wiyogawati, 2010). Penentuan perawakan pendek, dapat menggunakan beberapa standar antara lain Z-skore baku *National center for health statistic/ Center for diseases control* (NHCS/CDC) atau *Child Growth Standar World Health Organization* (WHO) tahun 2005 (WHO, 2006 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014).

Kurva atau grafik pertumbuhan yang dianjurkan saat ini kurva WHO 2005 berdasarkan penelitian pada bayi yang mendapat ASI Eksklusif dari ibu yang tidak merokok, yang diikuti dari lahir sampai usia 24 bulan dan penelitian potong lintang pada anak usia 18-71 bulan, dengan berbagai etnis dan budaya yang mewakili berbagai negara di semua benua. Kurva NHCS dibuat berdasarkan pertumbuhan bayi kulit putih yang terutama mendapatkan susu formula (Mexitalia, 2010 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014).

Beberapa penelitian menunjukkan proporsi perawakan pendek (*stunting*) pada anak lebih tinggi dengan menggunakan kurva WHO 2005 dibandingkan NHCS/CDC sehingga implikasinya penting pada program kesehatan (Wang, 2009 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014). Klasifikasi status gizi pada anak baik laki-laki maupun perempuan berdasarkan

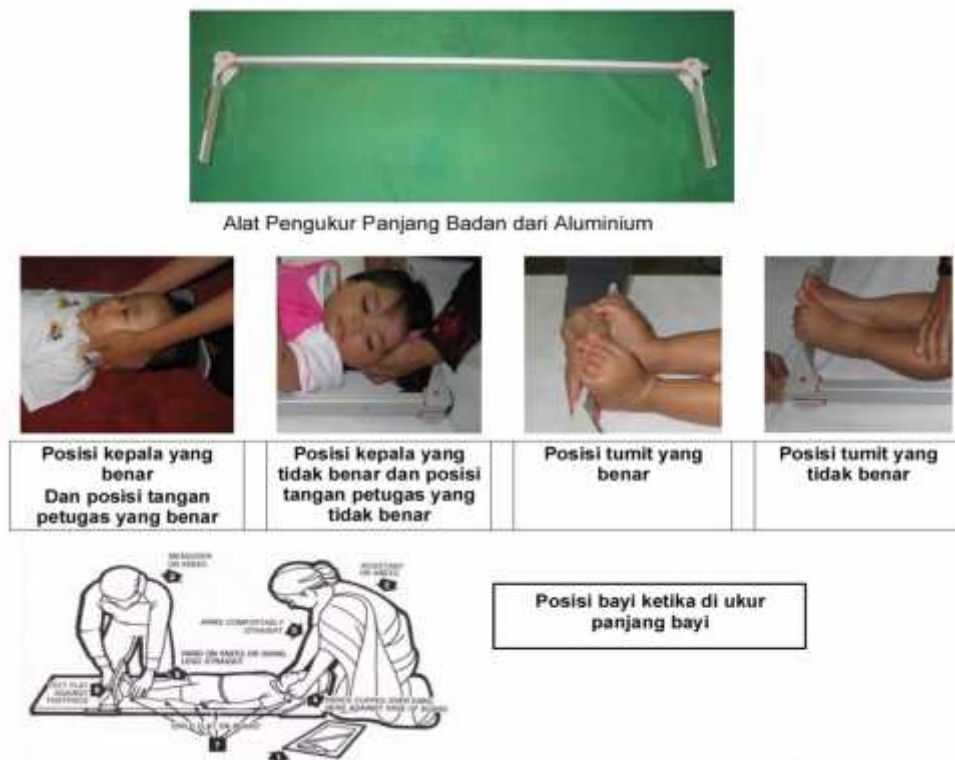
standar WHO 2005 dapat dilihat pada table 2.1 (WHO, 2006 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014).

**Table 2.1**  
**Kategori *stunting* berdasarkan Z-Skore standar WHO 2005**

Indeks	Ambang batas	Status gizi
TB/U	$> + 2SD$	Jangkung
	$-2 SD \text{ sd } +2 SD$	Normal
	$-3 SD \text{ sd } < -2 SD$	<i>Stunting</i>
	$< - 3 SD$	<i>Stunting berat</i>

Sumber : Kadek Wini Mardewi, 2014

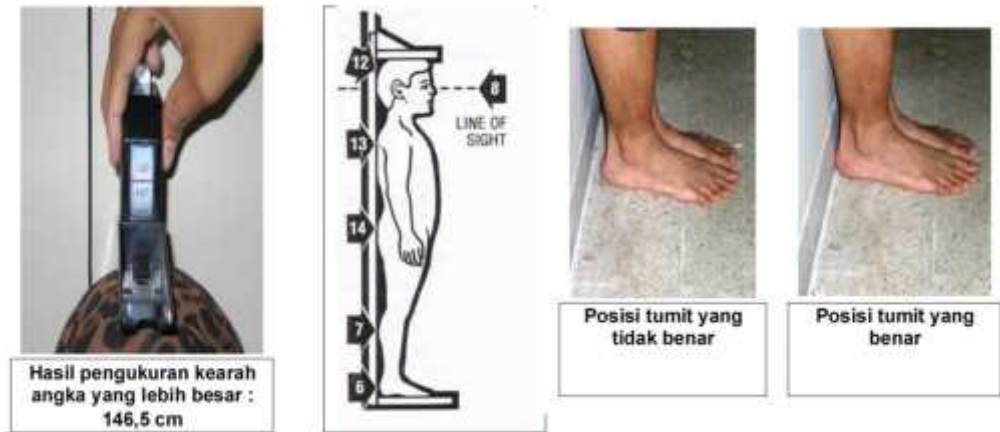
**gambar 2.3**  
**Pengukuran panjang badan anak yang belum dapat berdiri**



Sumber: riskesdas 2007



**Gambar 2.4**  
**Pengukuran panjang badan anak yang sudah dapat berdiri**



Sumber: riskesdas, 2007

Pengukuran tinggi badan harus diukur dan dipantau berkala, minimal pada waktu-waktu berikut (IDAI, 2009) :

- a. Umur <1 tahun : saat lahir 1,2, 4, 6, 9, 12 bulan
- b. Umur 1-2 tahun : setiap 3 bulan
- c. >3-21 tahun : setiap 6 bulan

Standar tinggi badan berdasarkan umur (TB/U) atau panjang badan berdasarkan umur (PB/U) anak usia 0-60 bulan (balita) berdasarkan keputusan menteri kesehatan no.1995/MENKES/SK/XII/2010.

**Table 2.2**  
**Standar panjang badan atau tinggi badan berdasarkan umur anak laki-laki umur 0-60 bulan**

Umur (bulan)	PB/TB						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0	44.2	46.1	48.0	49.9	51.8	53.7	55.6
1	43.9	50.8	52.8	54.7	56.7	58.6	60.6
2	52.4	54.4	56.4	58.4	60.4	62.4	64.4
3	55.3	57.3	61.8	61.4	63.5	65.5	67.6
4	57.6	59.7	61.8	63.9	66.0	68.0	70.1
5	59.6	61.7	63.8	65.9	68.0	70.1	72.2
6	61.2	63.3	65.5	67.6	69.8	71.9	74.0
7	62.3	64.8	67.0	69.2	71.3	73.5	75.7
8	64.0	66.2	68.4	70.6	72.8	75.0	77.2
9	65.2	67.5	69.7	72.0	74.2	76.5	78.7
10	66.4	68.7	71.0	73.3	75.6	77.9	80.1
11	67.6	69.9	72.2	74.5	76.9	79.2	81.5
12	68.6	71.0	73.4	75.7	78.1	80.1	82.9
13	69.6	72.1	74.5	76.9	79.3	81.8	84.2
14	70.6	73.1	75.6	78.0	80.5	83.0	85.5
15	71.6	74.1	76.6	79.1	81.7	84.2	86.7
16	72.5	75.0	77.6	80.2	82.8	85.4	88.0
17	73.3	76.0	78.6	81.2	83.9	86.5	89.2
18	74.2	76.9	79.6	82.3	85.0	87.7	90.4
19	75.0	77.7	80.5	83.2	86.0	88.8	91.5

20	75.8	78.6	81.4	84.2	87.0	89.8	92.6
21	76.5	79.4	82.3	85.1	88.0	90.9	93.8
22	77.2	80.2	83.1	86.0	89.0	91.9	94.9
23	78.0	81.0	83.9	86.9	89.9	92.9	95.9
24	78.7	81.0	84.8	87.8	90.9	93.9	97.0
25	78.6	81.7	84.9	88.0	91.1	94.2	97.3
26	79.3	82.5	85.6	88.8	92.0	95.2	98.3
27	79.9	83.1	86.4	89.6	92.9	96.1	99.3
28	80.5	83.8	87.1	90.4	93.7	97.0	100.3
29	81.1	84.5	87.8	91.2	94.5	97.9	101.2
30	81.7	85.1	88.5	91.9	95.3	98.7	102.1
31	82.3	85.7	89.2	92.7	96.1	99.6	103.0
32	82.8	86.4	89.9	93.4	96.9	100.4	103.9
33	83.4	86.9	90.5	94.1	97.6	101.2	104.8
34	83.9	87.5	91.1	94.8	98.4	102.0	105.5
35	84.4	88.1	91.8	95.4	99.1	102.7	106.4
36	85.0	88.7	92.4	96.1	99.8	103.5	107.2
37	85.5	89.2	93.0	96.7	100.5	104.2	108.0
38	86.0	89.8	93.6	97.4	101.5	105.0	108.8
39	86.5	90.3	94.2	98.0	101.8	105.7	109.5
40	87.0	90.9	94.7	98.6	102.5	106.4	110.3
41	88.5	91.4	95.3	99.2	103.2	107.1	111.0
42	88.0	91.9	95.9	99.9	103.8	111.7	111.7
43	88.4	92.4	96.4	100.4	104.5	108.5	112.5
44	88.9	93.0	97.0	101.0	105.1	109.1	113.2
45	89.4	93.5	97.5	101.6	105.7	109.8	113.9

46	89.8	94.0	98.1	102.2	106.3	110.4	114.6
47	90.3	94.4	98.6	102.8	106.9	111.1	115.2
48	90.7	94.9	99.1	103.3	107.5	111.7	115.9
49	91.2	95.4	99.7	103.9	108.1	112.4	116.6
50	91.6	95.9	100.2	104.4	108.7	113.0	117.3
51	92.1	96.4	100.7	105.0	109.3	113.6	117.9
52	92.5	96.9	101.3	105,6	109.9	114.2	118.6
53	93.0	97.4	101.8	106.1	110.5	114.9	119.2
54	93.4	97.8	102.3	106.7	111.1	115.5	119.9
55	93.9	98.3	102.8	107.2	111.7	116.1	120.6
56	94.3	98.8	103.3	107.8	112.3	116.7	121.2
57	94.7	99.3	103.8	108.3	112.8	117.4	121.9
58	95.2	99.7	104.3	108.9	113.4	118.0	122.6
59	95.6	100.2	104.8	109.4	114.0	118.6	123.2
60	96.1	100.7	105.3	110.0	114.6	119.2	123.9

Sumber : Kepmenkes, 2011

**Table 2.3**  
**standar panjang badan atau tinggi badan berdasarkan umur anak**  
**perempuan umur 0-60 bulan**

Umur (bulan)	PB/TB						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0	43.6	45.4	47.3	49.1	51.0	52.9	54.7
1	47.8	49.8	51.7	53.7	55.6	57.6	59.5
2	51.0	53.0	55.0	57.1	60.4	61.1	63.2
3	53.5	55.6	57.7	59.8	61.9	64.0	66.1

4	55.6	67.8	59.9	62.1	64.4	66.4	68.6
5	57.4	59.6	61.8	64.0	66.2	68.5	70.7
6	58.9	61.2	63.5	65.7	68.0	70.3	72.5
7	60.3	62.7	65.0	61.6	68.7	71.9	74.2
8	61.7	64.0	66.4	68.7	70.5	75.5	75.8
9	62.9	65.3	67.7	70.1	71.0	75.0	77.4
10	64.1	66.5	69.0	73.3	71.5	76.4	78.9
11	65.2	67.7	70.3	72.8	75.3	77.8	80.3
12	66.3	68.9	71.4	74.0	76.6	79.2	81.7
13	67.3	70.0	72.6	75.2	77.8	80.5	83.1
14	68.3	71.0	73.3	76.4	79.1	81.7	84.4
15	69.3	72.0	74.8	76.4	80.2	83.0	85.7
16	70.2	73.0	75.8	78.6	81.4	84.2	87.0
17	71.1	74.0	76.8	79.7	82.5	85.4	88.2
18	72.0	74.9	77.8	80.7	83.6	86.5	89.4
19	75.0	75.8	78.8	81.7	84.7	87.6	90.6
20	73.7	76.7	79.7	82.7	85.7	88.7	91.7
21	74.5	77.5	80.6	83.7	86.7	89.8	92.9
22	75.2	78.4	81.5	84.6	87.7	90.8	94.0
23	76.0	79.2	82.3	85.5	88.7	91.9	95.0
24	76.7	79.3	82.5	85.7	88.9	92.2	95.4
25	76.8	80.0	83.3	86.6	89.9	93.1	96.4
26	77.5	80.8	84.1	87.4	90.8	94.1	97.4
27	78.1	81.5	84.9	88.3	91.7	95.0	98.4
28	78.8	82.2	85.7	89.1	92.5	96.0	99.4
29	79.5	82.9	86.4	89.9	93.4	96.9	100.3

30	80.1	83.6	87.1	90.7	94.2	97.7	101.3
31	80.7	84.3	87.9	91.4	95.0	98.6	102.2
32	81.3	84.9	88.6	92.2	95.8	99.4	103.1
33	81.9	85.6	89.3	92.9	96.6	100.3	103.9
34	82.5	86.2	89.9	93.6	97.4	101.1	104.8
35	83.1	86.8	91.8	94.4	98.1	101.9	105.6
36	83.6	87.4	91.2	95.1	98.6	102.7	106.5
37	84.2	88.0	91.9	95.7	99.6	103.4	107.3
38	84.7	88.6	92.5	96.4	100.3	104.2	108.1
39	85.3	89.2	93.1	97.1	101.0	105.0	108.9
40	85.8	90.9	94.7	98.6	102.5	106.4	110.3
41	86.3	90.4	94.4	98.4	102.4	106.4	110.5
42	86.8	90.9	95.0	99.0	103.1	107.2	111.2
43	87.4	91.5	95.6	99.7	103.8	107.9	112.0
44	87.9	92.0	96.2	100.3	104.5	108.6	112.7
45	88.4	92.0	97.7	100.9	105.1	109.3	113.5
46	88.9	93.1	97.3	101.5	105.8	110.0	114.2
47	89.3	93.6	97.9	102.1	106.4	110.7	114.9
48	89.8	94.1	99.1	102.7	107.0	111.3	115.7
49	90.3	94.6	99.0	103.3	107.2	112.0	116.4
50	90.7	95.1	99.5	103.9	108.3	112.7	117.1
51	91.2	95.6	100.1	104.5	108.9	113.3	117.7
52	91.7	96.1	100.6	105,0	109.5	114.0	118.4
53	92.1	96.6	101.1	105.6	110.1	114.6	119.1
54	92.6	97.1	101.6	106.2	110.7	115.2	119.8
55	93.0	97.6	102.8	102.2	111.3	115.9	120.4

56	93.4	98.1	102.7	107.3	111.9	116.5	121.1
57	93.9	98.5	103.2	107.8	112.5	117.1	121.8
58	94.3	99.0	103.7	108.4	113.0	117.7	122.4
59	94.7	99.5	104.2	108.9	113.6	118.3	123.1
60	95.2	99.9	104.7	109.4	114.2	118.9	123.7

Sumber : Kepmenkes, 2011

## 5. Tata laksana *stunting*

Berbagai upaya dilakukan untuk tata laksana optimal anak dengan perawakan pendek. Anak dengan variasi normal perawakan pendek biasanya tidak memerlukan pengobatan, sedangkan anak dengan kelainan patologis memerlukan terapi sesuai dengan etiologinya (IDAI, 2010).

Salah satu prioritas pembangunan nasional sebagaimana tertuang pada dokumen Rencana Pembangunan Jangka Pendek Nasional (RPJPN) dan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010-2014 adalah perbaikan status gizi masyarakat. Sasaran jangka menengah perbaikan gizi yang telah ditetapkan adalah menurunnya prevalensi gizi kurang menjadi setinggi-tingginya 15% dan prevalensi pendek (*stunting*) menjadi setinggi-tingginya 32% pada tahun 2014 (Kemenkes RI, 2013).

Penanggulangan masalah gizi berdasarkan Kemenkes RI (2013) :

### a. Pendidikan gizi dan pemberdayaan masyarakat

Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, pemahaman, dan keterampilan petugas dalam rangka memberikan pelayanan dan penanganan gizi yang berkualitas. Selain itu, kegiatan ini untuk

meningkatkan pengetahuan, pemahaman, dan perilaku masyarakat tentang gizi.

1) Gerakan nasional percepatan perbaikan gizi

Gerakan nasional percepatan perbaikan gizi adalah upaya meningkatkan partisipasi dan kepedulian pemangku kepentingan secara terencana dan terkoordinasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat menerapkan gizi seimbang dalam kehidupan sehari-hari menuju Indonesia prima. Kegiatan pokok gerakan nasional percepatan perbaikan gizi adalah:

- a) Kampanye tingkat nasional dan daerah
- b) Peningkatan kapasitas petugas ditingkat nasional, provinsi, dan kabupaten kota dalam rangka perencanaan, koordinasi, dan evaluasi sehingga tercipta dialog untuk menggali dukungan.
- c) Peningkatan pengetahuan gizi pada ibu hamil, ibu menyusui, ibu balita, anak sekolah, remaja, lanjut usia dan masyarakat umum melalui media poster, leaflet, spanduk, dan baliho.

2) Sosialisasi penanganan dan pencegahan *stunting*

Kegiatan sosialisasi ini bertujuan untuk memperoleh pemahaman yang sama tentang penerapan dan penanggulangan *stunting*. Sasaran pesertanya adalah pemangku kepentingan dari dinas kesehatan provinsi, lintas sector dan lintas program.

3) Akselerasi perbaikan gizi pada 1000 hari pertama kehidupan dalam rangka pencegahan dan penanggulangan *stunting*



Kegiatan akselerasi ini bertujuan mempercepat status gizi dan kesehatan ibu anak pada periode 1000 hari kehidupan yaitu 270 hari pada masa kehamilan dan 750 hari pada hari pertama kehidupan bayi yang dilahirkannya dengan sasaran pemangku kepentingan dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota, lintas sector dan lintas program.

4) Sosialisasi dan advokasi dan penanggulangan masalah GAKI

Bertujuan untuk meningkatkan pemahaman dan dukungan dari lintas sector terkait dalam penanggulangan masalah GAKI di tingkat kabupaten. Salah satu out-putnya adalah terbentuknya tim GAKI kabupaten.

5) Advokasi pengembangan Taburia di 7 (Tujuh) provinsi terpilih

Bertujuan untuk meningkatkan kepedulian atau dukungan dari penentu kebijakan di daerah terkait pemberian taburia. Advokasi dilakukan di 7 (Tujuh) provinsi terpilih yaitu provinsi Lampung, Jawa Barat, Jawa Tengah, Kalimantan Timur, Sulawesi Tengah, Sulawesi tenggara, Maluku Utara.

b. Peningkatan kapasitas sumber daya manusia gizi

1) Pelatihan fasilitator atau petugas

Kegiatan ini bertujuan untuk menyiapkan tenaga kesehatan terlatih dan kompeten dalam menyampaikan informasi dan pengetahuan dalam bidang gizi, guna membantu masyarakat dalam meningkatkan status gizi.

Kegiatan peningkatan kapasitas yang dilakukan pada tahun 2013 adalah:

- a) Pelatihan *training of trainer* (TOT) penggunaan standar pertumbuhan balita

Kegiatan ini bertujuan meningkatkan kemampuan teknis profesi kesehatan dalam standar antropometri penilaian status gizi dengan sasaran petugas kesehatan menggunakan teknik pelatihan berbasis kompetensi dengan teknik pembelajaran bagi orang dewasa.

- b) Peningkatan kapasitas fasilitator dalam tata laksana gizi buruk

Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kompetensi tenaga kesehatan tentang tata laksana gizi buruk untuk menjadi fasilitator. Peserta pelatihan adalah pengelola gizi provinsi kota/kabupaten, dokter spesialis anak dan ahli gizi dirumah sakit dari masing-masing daerah terpilih.

- c) TOT konselor menyusui

Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan kompetensi, keterampilan dan pengetahuan konselor menyusui untuk menjadi fasilitator. Peserta pelatihan adalah konselor dari pusat, provinsi, kabupaten terpilih.

- d) TOT konselor MP-ASI

Pelatihan konselor MP-ASI bertujuan untuk melatih konselor menjadi fasilitator, sasarannya adalah petugas yang telah dilatih untuk menjadi konselor dari provinsi terpilih.

## 2) Pembinaan teknis

### a) Pembinaan dan evaluasi rencana aksi pangan dan gizi

Rencana aksi ini bertujuan sebagai panduan dan arahan dalam pelaksanaan pembangunan bidang pangan dan gizi di tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota baik bagi institusi pemerintah maupun masyarakat dan pihak-pihak lain yang terkait dalam perbaikan pangan dan gizi. Pelaksanannya dilakukan secara bertahap mulai dari persiapan penyusunan *tools*, pembahasan penyusunan *tools*, dan pelaksanaan pembinaan di daerah dengan metode presentasi, diskusi, dan Tanya jawab.

### b) Penguatan posyandu dalam rangka pencegahan gizi kurang dan gizi buruk

Penguatan posyandu bertujuan memantapkan komitmen kabupaten/kota, dalam membina posyandu sebagai sarana deteksi dini, mencegah dan menanggulangi gizi kurang dan gizi buruk. Sasaran dari penguatan posyandu adalah pemangku kepentingan di dinas kesehatan provinsi, lintas sector, dan lintas program di kabupaten/kota.

### c. Suplementasi gizi dan alat penunjang

1) Obat program gizi

Penyediaan obat program gizi ditingkat pusat yang meliputi kapsul vitamin A dosis tinggi, tablet tambah darah (TTD), fe folat, mineral mix disediakan oleh Direktorat Bina Obat Publik, Perbekalan Kesehatan Ditjen Bina Kefarmasian, dan Alat Kesehatan berdasarkan usulan dari daerah melalui diverifikasi Direktorat Bina Gizi.

2) Taburia

Bertujuan untuk mengurangi kejadian anemia dan kekurangan zat gizi mikro pada balita dengan sasaran balita usia 6-26 bulan dari keluarga miskin (gakin).

3) Antropometri kit

Tujuan dari penyediaan antropometri kit adalah untuk menunjang pelaksanaan kegiatan surveilans gizi di kabupaten/kota, melalui penyediaan peralatan antropometri kit. Alokasi distribusi antropometri kit pada 60 kota/kabupaten terpilih.

4) Kit konseling menyusui

Kit konseling menyusui diadakan dengan tujuan untuk memfasilitasi konselor dalam melakukan konseling menyusui. Sarana ini diberikan kepada petugas yang telah dilatih sebagai konselor.

d. Penanganan gizi buruk dan kurang

Kasus gizi buruk dan gizi kurang dapat diketahui dari hasil penimbangan anak balita di posyandu, pemeriksaan di fasilitas pelayanan kesehatan, laporan masyarakat dan skrining aktif.

## 6. Efek jangka panjang

Masalah *stunting* pada balita perlu mendapat perhatian khusus karena dapat menghambat pertumbuhan fisik dan perkembangan mental anak (Kusuma dan Nuryanto, 2013). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa *stunting* berhubungan dengan perkembangan motorik anak (Chang PM dkk 2010, dalam Susanti dan Margawati 2012). Hal ini disebabkan oleh adanya keterlambatan kematangan sel-sel saraf terutama dibagian *cerebellum* yang merupakan pusat koordinasi gerak motorik (Levitsky DA 1995 dalam Susanty dan Margawati 2012). Perkembangan motorik merupakan aspek perkembangan yang penting karena berkaitan dengan perkembangan kognitif. Perkembangan kognitif inilah yang secara tidak langsung akan mempengaruhi kualitas sumber daya manusia (Gamayanti IL 2010 dalam Susanti dan Margawati 2012).

*Stunting* berkaitan dengan peningkatan resiko kesehatan dan kematian serta terhambatnya pertumbuhan kemampuan motorik dan mental (Purwandini 2013 dalam Kusuma dan Nuryanto, 2013). Balita yang mengalami *stunting* memiliki risiko terjadinya penurunan kemampuan intelektual, produktivitas, dan peningkatan risiko penyakit degenerative di kemudian hari (Anugraheni H, 2012).

Anak *stunting* rentan terhadap penyakit infeksi sehingga beresiko mengalami penurunan kualitas belajar (Yunitasari.L, 2012). *Stunting* juga meningkatkan resiko obesitas, karena orang dengan tubuh pendek berat badan idealnya juga rendah. Kenaikan berat badan beberapa kilogram saja dapat menjadikan indeks massa tubuh (IMT) orang tersebut naik melebihi batas normal. Keadaan *overweight* dan obesitas yang terus berlangsung lama akan meningkatkan risiko kejadian penyakit degeneratif (Anugraheni H, 2012).

Anak-anak yang bertubuh pendek (*stunted*) pada usia kanak-kanak dini terus menunjukkan kemampuan yang lebih buruk dalam fungsi kognitif yang beragam dan prestasi sekolah yang lebih buruk jika dibandingkan dengan anak-anak yang bertubuh normal hingga usia 12 tahun. Mereka juga memiliki permasalahan perilaku, lebih terhambat, dan kurang perhatian serta lebih menunjukkan gangguan tingkah laku (*conduct disorders*) (Manary, M.J. & Solomons, N.W, 2008).

Beberapa penelitian telah menemukan keterkaitan antara pertumbuhan tinggi badan dan perubahan perkembangan dalam usia tiga tahun pertama. Di guatemala, perubahan tinggi badan pada usia 6-24 bulan disertai dengan perubahan pada perkembangan. Di jamaika, anak-anak yang bertubuh pendek dicatat dalam usia 6-24 bulan, dan perubahan tinggi badan selama 24 bulan berikutnya. Penelitian ini disertai dengan perubahan pada kemampuan intelektual. Perubahan tinggi badan pada tahun pertama dapat meramalkan perubahan intelektual pada tahun kedua.

*Stunting* berkaitan dengan peningkatan risiko kesakitan dan kematian serta terhambatnya kemampuan motorik dan mental. Balita yang mengalami *stunting* memiliki risiko terjadinya penurunan kemampuan intelektual, produktivitas, dan peningkatan risiko penyakit degenerative di masa mendatang (Anugraheni H, 2012). Hal ini dikarenakan anak *stunting* juga rentan terhadap penyakit infeksi sehingga beresiko mengalami penurunan kualitas belajar di sekolah dan beresiko lebih sering absen (Yunitasari L. 2012)

Kondisi *stunting* pada masa balita dapat menyebabkan gangguan fungsi kognitif, dan psikomotor serta penurunan produktifitas ketika dewasa (Milman dkk 2011 dalam Nasikhah 2012). Menurut UNICEF (2012), studi menunjukkan bahwa kinerja pendidikan yang buruk, penurunan lama pendidikan, penurunan pendapatan ketika dewasa semuanya dapat dikaitkan dengan anak-anak muda yang bertubuh pendek (*stunting*). Menurut, kelompok wanita pendek terbukti melahirkan 46,7% bayi pendek (Bappenas 2011). Karena itu masalah gizi intergenerasi ini perlu mendapat perhatian karena telah terbukti mempengaruhi kualitas bangsa.

*Stunting* juga meningkatkan risiko obesitas, karena orang dengan tubuh pendek berat badan idealnya juga rendah. Kenaikan berat badan beberapa kilogram saja bias menjadikan indeks massa tubuh (IMT) orang tersebut naik melebihi batas normal. Keadaan overweight yang terus

berlangsung lama akan meningkatkan risiko kejadian penyakit degeneratif (Anugraheni H. 2012).

Perawakan pendek (*stunting*) mengakibatkan meningkatnya risiko penyakit metabolik seperti diabetes tipe II pada usia remaja (Kimani Murage, dkk, 2010 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014). Kondisi ini juga mengganggu perkembangan kognitif, rendahnya tingkat pendidikan yang diperoleh serta rendahnya pendapatan (Cheung dan Asorn, 2009 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014). Prevalensi infeksi menjadi meningkat akibat imunitas yang menurun, mengalami defisit fisik dan fungsional. Perawakan pendek pada masa anak-anak akan menetap pada masa dewasa sehingga dapat menurunkan kapasitas kerja dan kualitas kerja (Senbanjo, dkk.2010 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014).

*Stunting* menyebabkan cacat kognitif jangka panjang, prestasi yang buruk di sekolah, produktifitas ekonomi saat dewasa yang lebih rendah, dan peningkatan resiko *stunting* ke generasi berikutnya (Victoria CG et all, 2008 dalam Andrew J, 2014).

## **7. Pencegahan *stunting***

Status gizi dan kesehatan ibu dan anak sebagai penentu kualitas sumber daya manusia, semakin jelas dengan adanya bukti bahwa status gizi dan kesehatan ibu pada masa pra hamil, saat kehamilan dan saat menyusui merupakan periode yang sangat kritis. Periode seribu hari, yaitu 270 hari selama kehamilan dan 730 hari pada hari pertama kehidupan bayi yang dilahirkannya merupakan periode sensitif karena akibat yang



ditimbulkan terhadap bayi pada masa ini akan bersifat permanen dan tidak dapat dikoreksi. Dampak tersebut tidak hanya pada pertumbuhan fisik, tetapi juga pada perkembangan mental dan kecerdasannya, yang pada usia dewasa terlihat dari ukuran fisik yang tidak optimal serta kualitas kerja yang tidak kompetitif, yang berakibat pada rendahnya produktivitas ekonomi (Kerangka kebijakan 1000 HPK).

Al-quran mengingatkan umat islam agar tidak meninggalkan generasi yang lemah, tetapi generasi yang kuat, cerdas, penyejuk mata dan hati serta pemimpin orang yang bertakwa. Hal ini terdapat dalam Al-quran surah QS-An-nisaa [4/9] :

وَلْيَخْشَ الَّذِينَ لَوْ تَرَكَوْا مِنْ خَلْفِهِمْ ذُرِّيَّةً ضِعَفًا خَافُوا عَلَيْهِمْ فَلْيَتَّقُوا  
 اللَّهَ وَلْيَقُولُوا قَوْلًا سَدِيدًا ﴿٩﴾

Terjemahnya:

Dan hendaklah takut kepada Allah orang-orang yang seandainya meninggalkan dibelakang mereka anak-anak yang lemah, yang mereka khawatir terhadap (kesejahteraan) mereka. oleh sebab itu hendaklah mereka bertakwa kepada Allah dan hendaklah mereka mengucapkan perkataan yang benar (Al-Kalam digital, 2009).

Dalam Al-Quran sekurangnya disebutkan dua kali istilah yang hampir serupa. Pertama istilah *zurriyah du'afa'* yang disebutkan didalam surah Al-Baqarah [2/266], kedua istilah *zurriyah di'afan* yang disebutkan didalam ayat ini. *Zurriyah du'afa'* “ berarti anak-anak (keturunan) yang masih kecil-kecil dalam arti belum dewasa”. Sedangkan kata *zurriyah di'afan* berarti “keturunan yang serba lemah”, lemah fisik, mental, social, ekonomi, ilmu pengetahuan dan spiritual dan lain-lain yang menyebabkan

mereka tidak mampu menjalankan fungsi utama manusia, baik sebagai khalifah maupun sebagai makhluk-Nya yang harus beribadah kepada-Nya (Depag RI, 2010).

Dalam ayat tersebut dijelaskan bahwa orang yang telah mendekati akhir hayatnya diperingatkan agar mereka memikirkan, janganlah meninggalkan anak-anak atau keluarga yang lemah terutama tentang kesejahteraan mereka dikemudian hari (Depag RI, 2010).

Banyak yang berpendapat bahwa ukuran fisik terutama tubuh pendek, gemuk, dan beberapa penyakit tertentu khususnya PTM khususnya disebabkan oleh faktor genetik. Dengan demikian ada anggapan tidak banyak yang dapat dilakukan untuk memperbaiki atau mengubahnya. Namun berbagai bukti ilmiah dari banyak penelitian dari lembaga riset gizi dan kesehatan terbaik di dunia telah mengubah paradigma tersebut. Ternyata tubuh pendek, gemuk, PTM, faktor penyebab terpenting adalah lingkungan hidup sejak konsepsi sampai anak usia 2 tahun yang dapat dirubah dan diperbaiki (WHO 1997; Barker 1995 dalam Kerangka Kebijakan 1000 HPK)

Penelitian terhadap kecenderungan sekuler pada tinggi badan dengan migrasi ke kelompok masyarakat yang lebih makmur, dan pengalaman pertumbuhan pada bayi-bayi dari keluarga yang miskin yang diadopsi ke dalam rumah tangga yang kaya, menunjukkan bahwa komposisi genetik bukan determinan primer yang menentukan tinggi

badan orang dewasa. Kendala lingkungan merupakan persoalan yang jauh lebih penting (Manary, M.J. & Solomons, N.W, 2008).

Pertumbuhan linear di mulai di dalam rahim dan selama 2 (Dua) tahun pertama kehidupan, sebagian besar *irreversible* setelahnya (Victoria CG et all, 2010 dalam Andrew J et all, 2014).

a. Dalam kandungan

Dalam kandungan, janin akan tumbuh dan berkembang melalui penambahan berat dan panjang badan, perkembangan otak serta organ-organ lainnya seperti jantung, hati dan ginjal. Janin mempunyai plastisitas yang tinggi, artinya janin akan dengan mudah menyesuaikan diri terhadap perubahan lingkungan baik yang menguntungkan maupun merugikan. sekali perubahan tersebut terjadi, maka tidak dapat kembali ke keadaan semula. Perubahan tersebut merupakan interaksi antara gen yang sudah dibawa sejak dalam kandungan. Pada saat dilahirkan sebagian perubahan tersebut menetap atau selesai, kecuali beberapa fungsi, yaitu perkembangan otak dan imunitas yang berlanjut sampai beberapa tahun kehidupan bayi.

Kekurangan gizi yang terjadi dalam kandungan dan awal kehidupan menyebabkan janin melakukan reaksi penyesuaian. Secara paralel penyesuaian tersebut meliputi perlambatan pertumbuhan dengan pengurangan jumlah dan pengembangan sel-sel tubuh, termasuk sel otak dan organ tubuh lainnya. Hasil reaksi penyesuaian akibat kekurangan gizi diekspresikan pada usia dewasa dalam bentuk

tubuh pendek, rendahnya kemampuan kognitif atau kecerdasan sebagai akibat tidak optimalnya pertumbuhan dan perkembangan otak. Reaksi penyesuaian akibat kekurangan gizi juga meningkatkan risiko terjadinya berbagai penyakit tidak menular (PTM) seperti hipertensi, penyakit jantung koroner dan diabetes dengan berbagai risiko ikutannya pada usia dewasa.

b. Menyusui

ASI merupakan larutan kompleks yang mengandung karbohidrat, lemak dan protein (Rahma, 2012). Sedangkan menurut Maryunani (2012), ASI adalah suatu emulsi lemak dalam larutan protein, laktosa dan garam-garam anorganik yang disekresikan oleh kelenjar mammae ibu, dan berguna sebagai makanan bayi.

Pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama dapat menghasilkan pertumbuhan tinggi badan yang optimal. Penghentian pemberian ASI secara dini jelas sangat merugikan seperti halnya pemberian ASI yang lama tanpa pemberian makanan tambahan yang memadai. Lebih lanjut terdapat spekulasi bahwa kecukupan mikronutrien yang terjamin dalam usia bayi, dapat memfasilitasi pertumbuhan dengan lebih baik jika dibandingkan dengan pemberian ASI saja (Gibney Michael J, 2008).

Al-quran secara eksplisit mengatur tentang pemberian ASI hendaknya dilakukan selama dua tahun, dalam QS: Al-baqarah [1/233]

﴿ وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَدَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ ۖ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُتِمَّ  
 الرِّضَاعَةَ ۚ وَعَلَى الْمَوْلُودِ لَهُ رِزْقُهُنَّ وَكِسْوَتُهُنَّ بِالْمَعْرُوفِ ۚ لَا تُكَلَّفُ نَفْسٌ  
 إِلَّا وُسْعَهَا ۚ لَا تُضَارَّ وَالِدَةٌ بِوَلَدِهَا وَلَا مَوْلُودٌ لَهُ بِوَلَدِهِ ۚ وَعَلَى الْوَارِثِ  
 مِثْلُ ذَلِكَ ۚ فَإِنْ أَرَادَا فِصَالًا عَنْ تَرَاضٍ مِّنْهُمَا وَتَشَاوُرٍ فَلَا جُنَاحَ  
 عَلَيْهِمَا ۚ وَإِنْ أَرَدْتُمْ أَنْ تَسْرِضُوا أَوْلَادَكُمْ فَلَا جُنَاحَ عَلَيْكُمْ إِذَا سَلَّمْتُمْ  
 مَا آتَيْتُم بِالْمَعْرُوفِ ۚ وَاتَّقُوا اللَّهَ ۖ وَاعْلَمُوا أَنَّ اللَّهَ بِمَا تَعْمَلُونَ بَصِيرٌ ۝

Terjemahnya:

“Para ibu hendaklah menyusukan anak-anaknya selama dua tahun penuh, yaitu bagi yang ingin menyempurnakan penyusuan. Dan kewajiban ayah member makan dan pakaian kepada para ibu dengan cara ma’ruf. Seseorang tidak dibebani melainkan menurut kadar kesanggupannya. Janganlah seorang ibu menderita kesengsaraan karena anaknya dan seorang ayah karena anaknya, dan warispun berkewajiban demikian. Apabila keduanya ingin menyapih (sebelum dua tahun) dengan kerelaan keduanya dan permusyawaratan, maka tidak ada dosa atas keduanya. Dan jika kamu ingin anakmu disusukan oleh orang lain, maka tidak ada dosa bagimu apabila kamu memberikan pembayaran menurut yang patut. Bertakwalah kamu kepada Allah dan ketahuilah bahwa Allah melihat apa yang tidak kamu ketahui”. (AL-Musayyar, 2008)

Anjuran Allah dalam Al-quran surah Al-Baqarah ayat 233 merupakan bimbingan bagi para ibu hendaknya mereka menyusui anak-anaknya secara sempurna, yaitu selama dua tahun. Allah menganjurkan para ibu untuk menyusui anaknya guna membuktikan bahwa Air susu ibu mempunyai dampak besar pada anak. Dalam ayat ini pula menjelaskan penyusuan yang baik disempurnakan selama dua tahun. Disamping ibu dengan fitrah kejadiananya memiliki rasa kasih

sayang yang mendalam sehingga penyusuan langsung dari ibu, berhubungan erat dengan perkembangan jiwa dan mental anak (AL-Musayyar, 2008).

ASI mengandung zat gizi secara khusus untuk menunjang pertumbuhan dan perkembangan bayi. Kandungan ASI, yaitu :

1) Karbohidrat (laktosa)

Laktosa (gula susu) berfungsi sebagai penghasil energy, meningkatkan penyerapan kalsium dan merangsang tumbuhnya *laktobasillus bifidus* yang berfungsi menghambat pertumbuhan mikroorganisme dalam tubuh bayi. Selain itu laktosa akan diubah menjadi glukosa dan galaktosa yang berperan dalam perkembangan sistem saraf.

2) Lemak

Lemak dalam ASI mengandung komponen asam lemak esensial yaitu asam linoleat dan asam alda linoleat yang akan diolah menjadi AA dan DHA. AA (*arachidonic acid*) dan DHA (*decosahexanoic acid*) diperlukan untuk pembentukan sel-sel otak optimal. Selain itu lemak berfungsi untuk penghasil energi dan pengaturan suhu tubuh bayi.

3) Protein

Protein berfungsi untuk pengatur dan pembangun tubuh. Komponen dasar protein adalah asam amino, berfungsi sebagai pembentuk struktur otak.

#### 4) Garam dan mineral

Asi mengandung mineral yang lengkap yang dapat mencukupi kebutuhan bayi sampai berumur 6 bulan. Zat besi dan kalsium dalam ASI merupakan mineral yang mudah diserap oleh tubuh bayi.

#### 5) Vitamin

Asi mengandung vitamin yang lengkap kecuali vitamin K, karena usus bayi belum mampu membentuk vitamin K (Maryunani (2012)).

#### c. Ketersediaan sanitasi yang baik

Ketersediaan air yang aman, penyiapan makanan yang bersih, dan pembuangan limbah yang tepat merupakan unsur-unsur esensial dalam mencegah tubuh yang pendek ataupun gizi kurang kronis. Selain infeksi yang nyata dan kambuhan (rekuren), paparan yang terus-menerus dengan mikroba dalam lingkungan yang diasumsikan dapat mengganggu pertumbuhan yang proporsional melalui stimulasi kekebalan. Aktivasi respon fase akut yang konstan dan kronis mengarahkan metabolisme *nutrient* kepada kondisi katabolik dan bukan kepada rangkaian proses anabolik yang konsisten dengan pertumbuhan normal.

Tinjauan sistematis baru-baru ini menemukan bahwa intervensi sanitasi efektif dalam mengurangi berbagai gangguan kesehatan yang penting, seperti diare (Waddington H, et al, 2009 dalam Dean Spears

et al, 2013) . Sejumlah studi juga menunjukkan bahwa sanitasi yang buruk dapat dikaitkan dengan hasil yang menyebabkan kekurangan gizi termasuk diare (Checkley W, et al 2008 dalam Dean Spears et al, 2013). Secara khusus Lit en al (2013) dalam Dean Spears et al, (2013) baru-baru ini menunjukkan bahwa anak-anak di pedesaan Bangladesh yang terpapar sanitasi buruk lebih mungkin menunjukkan indikator enteropati, dan rata-rata pendek (*stunting*). Dibeberapa surat kabar di india memuat bahwa terdapat hubungan antara buang air besar di tempat terbuka dengan *stunting*.

#### **D. Tinjauan umum tentang laktasi**

##### **1. Defenisi laktasi (menyusui)**

Laktasi adalah proses produksi, sekresi, dan pengeluaran air susu (Rahma, 2012; Saleha, 2009).

##### **2. Fisiologi laktasi**

Terdapat 2 mekanisme dalam fisiologi laktasi (Rahma, 2012), yaitu:

###### **a. Produksi air susu (refleks prolaktin)**

Hormon yang berperan dalam produksi air susu adalah prolaktin. Proses menyusui menyebabkan konsentrasi prolaktin meningkat dalam darah dua kali lipat dan mencapai puncaknya sekitar 45 menit setelah pemberian ASI dimulai. Prolaktin akan meningkat dalam keadaan :

- 1) Stress atau pengaruh psikis
- 2) Anastesi



- 3) Operasi
- 4) Rangsangan putting susu
- 5) Hubungan kelamin
- 6) Obat-obatan *tranquilizer* *hipotalamus* seperti *reserpin*, *klorpromazin*, *fenotiazid*.

Sedangkan keadaan-keadaan yang menghambat pengeluaran prolaktin adalah :

- 1) Gizi ibu yang jelek
  - 2) Obat-obatan seperti ergot, l-dopa.
- b. Pengeluaran air susu (refleks let down)

Bersamaan dengan pembentukan prolaktin, rangsangan yang berasal dari isapan bayi akan dilanjutkan neurohipofisis yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Oksitosin akan merangsang sel mioepitel untuk berkontraksi. Kontraksi sel mioepitel akan memeras air susu keluar dari alveoli dan masuk melalui duktus dan selanjutnya masuk ke dalam mulut bayi. Faktor-faktor yang meningkatkan refleks let down adalah :

- 1) Melihat bayi
- 2) Mendengarkan suara bayi
- 3) Mencium bayi
- 4) Memikirkan untuk menyusui bayi

Faktor-faktor yang menghambat refleks letdown adalah :

- 1) Keadaan bingung
- 2) Takut

- 3) Cemas
- 4) Rasa sakit

### **3. Mekanisme menyusui**

Untuk menunjang proses menyusui, dibutuhkan beberapa refleks dari bayi untuk menyusu menurut Rahma (2012), yaitu :

a. Refleks mencari (*rooting reflex*)

Refleks mencari merupakan refleks primitif pada bayi berupa gerakan untuk mencari puting susu ibunya, membuka mulut dan menariknya masuk ke dalam mulutnya. Refleks ini menghilang ketika bayi berumur 3-4 bulan.

b. Refleks menghisap (*sucking reflex*)

Refleks menghisap pada bayi ketika ada suatu obyek masuk kedalam mulutnya.

c. Refleks menelan (*swallowing reflex*)

Refleks menelan pada bayi ketika ada suatu benda dimasukkan ke dalam mulutnya.

### **4. Pemeliharaan laktasi**

Penyediaan air susu berlangsung terus sesuai kebutuhan. Apabila bayi disusui, maka penyediaan air susu tidak akan dimulai. Dua faktor penting untuk pemeliharaan laktasi menurut Rahma (2012) dan Saleha (2009), yaitu :

a. Rangsangan

Sebagai respon terhadap pengisapan, prolaktin dikeluarkan oleh hipofisis anterior, dan dengan demikian memacu produksi asi.

b. Pengosongan sempurna payudara

Air susu yang diproduksi tidak dikeluarkan, maka laktasi akan tertekan (mengalami hambatan) karena terjadi pembengkakan alveoli dan sel mioepitel tidak dapat berkontraksi. Air susu ibu tidak dapat dipaksa masuk ke dalam duktus laktiferus.

## 5. Manfaat menyusui

Menyusui sangat bermanfaat bagi ibu, keluarga dan bayinya.

Manfaat ASI (Proverawati dan Rahmawati 2010), yaitu :

a. Keuntungan bagi ibu

- 1) Ibu tidak akan mengalami menstruasi dalam beberapa bulan ( bias dipakai sebagai KB alami)
- 2) Uterus akan berkontraksi lebih cepat sehingga proses sehingga akan mempercepat pemulihan rahim (involusio uteri)
- 3) Murah, lebih mudah, lebih ramah lingkungan.
- 4) Mengurangi kemungkinan kanker payudara, dan kanker ovarium
- 5) Menghemat biaya (Baskoro, 2008)

b. Keuntungan bagi bayi

- 1) Memberikan kehangatan dan kenyamanan pada bayi
- 2) Menjaga terhadap penyakit, alergi, dan infeksi
- 3) Asi mengandung nutrisi yang cukup untuk bayi (Baskoro, 2008)
- 4) Meningkatkan berat badan bayi

- 5) Perkembangan otak dan meningkatkan IQ
- 6) Memberi gizi lengkap untuk tahun pertama kehidupan
- 7) Dengan menhisap payudara, koordinasi syaraf menelan, menghisap, dan bernafas bayi baru lahir dapat lebih sempurna (Baskoro, 2008)

## **E. Tinjauan umum tentang pengetahuan**

### **1. Defenisi pengetahuan**

Perkembangan teori pengetahuan telah berkembang sejak lama. Filsuf pengetahuan yaitu Plato menyatakan pengetahuan sebagai kepercayaan sejati yang dibenarkan (valid) (Budiman dan Riyanto, 2013). *The internasional Encyclopedia of Higher Educational* ( 1997) dalam Sulaeman (2011) mengatakan bahwa pengetahuan adalah keseluruhan kenyataan, kebenaran, asas, dan keterangan yang diperoleh manusia.

Pengetahuan adalah sesuatu yang diketahui berkaitan dengan proses pembelajaran., pengetahuan adalah hasil dari proses mencari tahu, dari yang tadinya tidak tahu menjadi tahu, dari tidak dapat menjadi dapat. Dalam proses mencari tahu ini mencakup berbagai metode, baik melalui pendidikan maupun melalui pengalaman (Sulaeman 2011)

### **2. Jenis pengetahuan**

Pengetahuan masyarakat beraneka ragam pemahamannya. Jenis-jenis pengetahuan (Sulaeman 2011 dan Budiman dan Riyanto 2013) dibedakan atas pengetahuan implicit dan pengetahuan eksplisit.

a. Pengetahuan implisit

Pengetahuan implisit adalah pengetahuan yang masih tertanam dalam bentuk pengalaman seseorang dan berisi faktor-faktor yang tidak bersifat nyata seperti keyakinan pribadi, perspektif, dan prinsip. Pengetahuan seseorang biasanya sulit untuk ditransfer ke orang lain baik secara tertulis maupun lisan. Kemampuan berbahasa, mendesain, atau mengoperasikan mesin atau alat yang rumit membutuhkan pengetahuan yang tidak selalu bias tampak secara eksplisit.

b. Pengetahuan eksplisit

Pengetahuan eksplisit adalah pengetahuan yang telah didokumentasikan atau disimpan dalam wujud nyata berupa media atau semacamnya. Pengetahuan nyata dideskripsikan ke dalam tindakan-tindakan.

### 3. Tingkatan pengetahuan

Tingkatan pengetahuan :

a. Tahu (*know*)

Kemampuan untuk mengingat suatu materi yang telah dipelajari, dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Cara kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi dan mengatakan.

b. Memahami (*Comprehension*)

Kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi (*Aplication*)

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya. Aplikasi dapat diartikan pengguna hukum-hukum, rumus-rumus, metode, prinsip-prinsip dan sebagainya.

d. Analisis (*Analysis*)

Kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek dalam suatu komponen-komponen, tetapi masih dalam struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisa dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti kata kerja mengelompokkan dan lain-lain.

e. Sintesis (*Sinthesis*)

Kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian dalam bentuk keseluruhan yang baru, dengan kata lain sintesa adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi lama.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Kemampuan untuk melakukan penelitian terhadap suatu materi atau objek berdasarkan berdasarkan suatu cerita yang sudah ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang sudah ada (Notoadmojo 2005 dalam Sulaeman 2011).

#### 4. Pengukuran pengetahuan

Notoadmodjo (2005) dalam Sulaeman (2011) menyatakan bahwa pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan pengetahuan. Adapun tingkatan pengukuran pengetahuan adalah :

- a. Tingkat pengetahuan baik bila skor  $>75\%$ -100%
- b. Tingkat pengetahuan cukup bila skor 60%-75%
- c. Tingkat pengetahuan kurang bila skor  $<60\%$

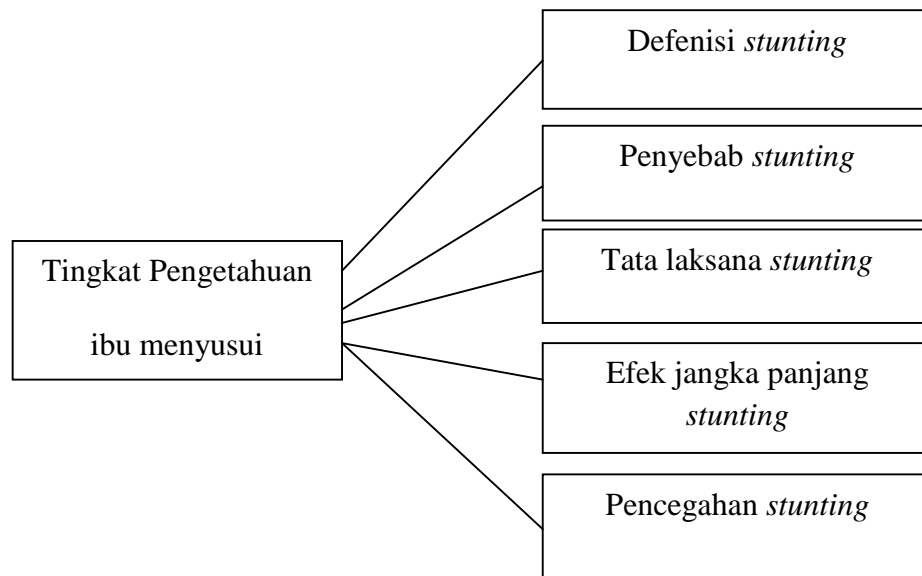
#### F. Kerangka konseptual

##### 1. Kerangka pemikiran variable yang diteliti

Berikut ini variabel-variabel yang akan diteliti berdasarkan tujuan penelitian ini adalah :

- a. Gambaran pengetahuan ibu menyusui tentang definisi *stunting*
- b. Gambaran pengetahuan ibu menyusui tentang penyebab *stunting*
- c. Gambaran pengetahuan ibu menyusui tentang tata laksana *stunting*
- d. Gambaran pengetahuan ibu menyusui tentang efek jangka panjang *stunting*
- e. Gambaran pengetahuan ibu menyusui tentang pencegahan *stunting*

## 2. Skema kerangka konsep



Dari gambar diatas, variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah pengetahuan. Dimana dalam pengetahuan mencakup defenisi *stunting*, penyebab *stunting*, tata laksana *stunting*, efek jangka panjang *stunting*, dan pencegahan *stunting*.

## 3. Defenisi operasional dan kriteria objektif

### a. Tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang defenisi *stunting*

#### 1) Defenisi operasional

Pengetahuan yang dimaksud pada penelitian ini adalah segala sesuatu yang diketahui oleh responden tentang defenisi *stunting* dalam menjawab pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner.

#### 2) Kriteria objektif

- a) Tingkat pengetahuan baik bila skor 75-100 % (Notoadmodjo, 2005)



- b) Tingkat pengetahuan cukup bila skor 60%-75%
  - c) Tingkat pengetahuan kurang bila skor <60%
- b. Tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang penyebab *stunting*
  - 1) Defenisi operasional
 

Pengetahuan yang dimaksud pada penelitian ini adalah segala sesuatu yang diketahui oleh responden tentang penyebab *stunting* dalam menjawab pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner.
  - 2) Kriteria objektif
    - a) Tingkat pengetahuan baik bila skor 75-100 %
    - b) Tingkat pengetahuan cukup bila skor 60%-75%
    - c) Tingkat pengetahuan kurang bila skor <60%
- c. Tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang tata laksana *stunting*
  - 1) Defenisi operasional
 

Pengetahuan yang dimaksud pada penelitian ini adalah segala sesuatu yang diketahui oleh responden tentang tata laksana *stunting* dalam menjawab pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner.
  - 2) Kriteria objektif
    - a) Tingkat pengetahuan baik bila skor 75-100 %
    - b) Tingkat pengetahuan cukup bila skor 60%-75%
    - c) Tingkat pengetahuan kurang bila skor <60%

d. Tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang efek jangka panjang *stunting*

1) Defenisi operasional

Pengetahuan yang dimaksud pada penelitian ini adalah segala sesuatu yang diketahui oleh responden tentang efek jangka panjang *stunting* dalam menjawab pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner.

2) Kriteria objektif

- a) Tingkat pengetahuan baik bila skor 75-100 %
- b) Tingkat pengetahuan cukup bila skor 60%-75%
- c) Tingkat pengetahuan kurang bila skor <60%

e. Tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang pencegahan *stunting*

1) Defenisi operasional

Pengetahuan yang dimaksud pada penelitian ini adalah segala sesuatu yang diketahui oleh responden tentang pencegahan *stunting* dalam menjawab pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner

2) Kriteria objektif

- a) Tingkat pengetahuan baik bila skor 75-100 %
- b) Tingkat pengetahuan cukup bila skor 60%-75%
- c) Tingkat pengetahuan kurang bila skor <60%

## **BAB III**

### **METODEOLIGI PENELITIAN**

#### **A. Jenis penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif bertujuan untuk mendeskripsikan (memaparkan) peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masa kini (Nursalam, 2008 :80)

Pada penelitian ini, penulis ingin mengetahui gambaran pengetahuan ibu menyusui tentang *stunting* pada balita di puskesmas Antang Makassar tahun 2014.

#### **B. Lokasi dan waktu penelitian**

##### **1. Lokasi penelitian**

Kegiatan penelitian ini dilakukan di puskesmas Antang Makassar tahun 2014.

##### **2. Waktu penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Agustus 2014.

#### **C. Populasi dan sampel**

##### **1. Populasi**

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoadmodjo, 2012). Populasi dalam penelitian ini adalah jumlah keseluruhan ibu menyusui tahun 2014 di puskesmas Antang sebanyak 472 orang.

## 2. Sampel

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoadmodjo, 2012). Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah sebagian dari populasi ibu menyusui tahun 2014 di puskesmas Antang Makassar yang diperoleh dengan menggunakan rumus :

$$n = \frac{N}{1+N(d^2)}$$

Keterangan : N = besar populasi

n = besar sampel

d = tingkat kepercayaan / ketepatan yang diinginkan

$$d = 0,05 \quad d^2 = 0,025$$

$$n = \frac{472}{1+472(0,05)}$$

$$n = \frac{472}{1+472(0,025)}$$

$$n = \frac{472}{12,8}$$

$$n = 36,875$$

$$n = 37$$

Jadi, jumlah sampel sebanyak 37 orang.

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik pengambilan sampel secara *purposive sample*. Pengambilan sampel secara *purposive* didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti

sendiri, berdasarkan ciri-ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoadmodjo, 2012).

a. Kriteria inklusi

- 1) Ibu menyusui yang memiliki bayi usia 0-6 bulan
- 2) Ibu yang bersedia menjadi responden

b. Kriteria eksklusi

- 1) Ibu menyusui yang mengidap suatu penyakit infeksi

#### **D. Cara pengumpulan data**

Dalam penelitian ini, informasi yang diperlukan didapatkan melalui data primer. Data primer yaitu data yang diperoleh secara langsung dari responden. Pengambilan data dilakukan dengan membagikan kuesioner yang kemudian diisi sendiri oleh responden. Kuesioner yang dibagikan berisi pertanyaan yang menggali pengetahuan ibu menyusui tentang *stunting* pada balita.

#### **E. Pengolahan data dan analisis data**

1. Pengolahan data

Data yang diperoleh nantinya diolah secara manual dan disajikan dalam bentuk tabel. Kemudian data tersebut dianalisa secara deskriptif.

Adapun proses pengelolaan dilakukan dalam beberapa tahap, yaitu :

a. Seleksi data (*Editing*)

*Editing* adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul.

b. Pemberian kode (*Coding*)

Merupakan kegiatan pemberian kode numerik terhadap data. Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan dan analisis data menggunakan komputer. Biasanya dalam pemberian kode di buat juga daftar kode dan artinya dalam satu buku (*code book*) untuk memudahkan kembali melihat lokasi dan arti suatu kode dari suatu variabel.

c. Pengelompokkan data (*Tabulating*)

Setelah dilakukan kegiatan *editing* dan *koding* dilanjutkan dengan mengelompokkan data kedalam suatu tabel menurut sifat yang dimiliki sesuai dengan tujuan penelitian.

2. Analisa data

Analisa data dapat dilakukan dengan cara deskriptif dengan melihat presentase data yang terkumpul dan disajikan tabel distribusi frekuensi kemudian dicari besarnya presentase jawaban masing-masing responden dan selanjutnya dilakukan pembahasan dengan menggunakan teori kepustakaan yang ada. Analisis data dilakukan dengan menggunakan rumus distribusi frekuensi sebagai berikut:

$$p = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

P : presentase

$f$  : frekuensi

$n$  : jumlah subjek

100: bilangan tetap

## **F. Penyajian data**

Data dasar yang diperoleh dari hasil penelitian diolah dan dikumpulkan menurut variabel yang diteliti kemudian dibuat dalam tabulasi sederhana serta disajikan secara deskriptif.

## **G. Etika penelitian**

Etika penelitian merupakan hal yang sangat penting dalam pelaksanaan sebuah penelitian mengingat penelitian kebidanan akan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi penulisan etika harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak asasi dalam segi penelitian.

Adapun etika yang harus diperhatikan antara lain adalah sebagai berikut :

### *1. Informed consent*

Merupakan bentuk persetujuan antar peneliti dengan respondent, dengan memberikan lembar persetujuan (*informed consent*). *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilaksanakan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi partisipan. Tujuan *informed consent* adalah agar responden mengerti

maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya, jika partisipan bersedia maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan, serta bersedia mengisi lembar kuesioner dan jika responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak responden. Lembar persetujuan diberikan pada subyek yang akan diteliti.

2. Tanpa nama (*Anonymity*)

Merupakan etika dalam penelitian kebidanan dengan cara tidak memberikan nama responden pada lembar alat ukur hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data.

3. Kerahasiaan (*Anonfidentiality*)

Merupakan etika dalam penelitian untuk menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya, semua responden yang telah dikumpulkan di jamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil penelitian.



## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 06-21 Agustus 2014.

Hasil penelitian mengenai Gambaran Tingkat Pengetahuan Ibu Menyusui Tentang *Stunting* Pada Balita Di Puskesmas Antang Makassar Tahun 2014 diperoleh sampel sebanyak 37 responden yang merupakan bagian dari populasi. Data diolah dan di analisis sesuai dengan tujuan penelitian, hasil analisa data disajikan dalam bentuk tabel.

Adapun hasil yang diperoleh dalam penelitian ini adalah:

##### 1. Karakteristik responden

Karakteristik responden adalah data umum responden yang terdiri atas umur, pendidikan terakhir, dan pekerjaan yang diperoleh saat penelitian dilaksanakan di puskesmas Antang Makassar Tahun 2014. Hasil karakteristik responden tersebut akan diuraikan pada tabel berikut.

## a. Karakteristik umur

**Tabel 4.1**  
**Distribusi Frekuensi Ibu Menyusui Menurut Umur**  
**di Puskesmas Antang Makassar**  
**Tahun 2014**

Umur (dalam tahun)	Frekuensi	Persentase (%)
<25	8	21.7
25-30	12	32.4
>30	17	45
<b>Jumlah</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Sumber : data primer

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa dari 37 responden, dapat diketahui distribusi responden menurut umur terbanyak pada usia >30 tahun yaitu sebesar 17 responden ( 45% ), responden berusia 25-30 tahun sebanyak 12 responden ( 32.4% ), dan kelompok umur <25 tahun sebanyak 8 responden ( 21.7% ).

## b. Karakteristik pendidikan

**Tabel 4.2**  
**Distribusi Frekuensi Ibu Menyusui Berdasarkan Pendidikan**  
**di Puskesmas Antang Makassar**  
**Tahun 2014**

Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
SD	9	24.3
SMP	8	21.6
SMU	11	29.7
DIII	1	2.70
S1	7	18.9
S2	1	2.70
<b>Jumlah</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari 37 responden, dapat diketahui bahwa distribusi responden menurut pendidikan terbanyak pada tingkat pendidikan SMU/ sederajat yaitu sebesar 11 responden ( 29.7% ), disusul pada tingkat pendidikan SD/ sederajat sebanyak 9 responden ( 24.3% ), tingkat pendidikan SMP/ sederajat sebanyak 8 responden ( 21.6% ), tingkat pendidikan S1 sebanyak 7 responden ( 18.9% ), tingkat pendidikan DIII sebanyak 1 responden ( 2.70% ), dan tingkat pendidikan S2 sebanyak 1 responden (2.70%).

## c. Karakteristik pekerjaan

**Tabel 4.3**  
**Distribusi Frekuensi Ibu Menyusui Berdasarkan Pekerjaan**  
**di Puskesmas Antang Makassar**  
**Tahun 2014**

Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
PNS	8	21.6
IRT	29	78.3
<b>Jumlah</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa dari 37 responden, dapat diketahui bahwa distribusi responden menurut pekerjaan terbanyak pada kelompok pekerjaan sebagai ibu rumah tangga (IRT) yaitu sebanyak 29 responden ( 78.3% ), dan kelompok pekerjaan sebagai PNS sebanyak 8 responden ( 21.6%).

2. Distribusi responden berdasarkan tingkat pengetahuan tentang *stunting* pada balita

**Tabel 4.4**  
**Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Ibu**  
**Menyusui tentang *stunting* di Puskesmas**  
**Antang Makassar**  
**Tahun 2014**

Tingkat pengetahuan	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	1	2.7
Cukup	10	27.0
Kurang	26	70.2
<b>Jumlah</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Primer

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa dari 37 responden, dapat diketahui bahwa 1 responden (2.7%) memiliki tingkat pengetahuan dalam kategori baik, 10 responden (27.0%) memiliki tingkat pengetahuan cukup dan 26 responden (70.2%) memiliki tingkat pengetahuan kurang tentang *stunting*.

- a. Distribusi responden berdasarkan tingkat pengetahuan tentang defenisi *stunting*

**Tabel 4.5**  
**Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Ibu**  
**Menyusui tentang defenisi *stunting***  
**di Puskesmas Antang Makassar**  
**Tahun 2014**

Tingkat pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Baik	9	24.3
Cukup	0	0
Kurang	28	75.6
<b>Jumlah</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa dari 37 responden, diketahui jumlah responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik tentang defenisi *stunting* sebanyak 9 responden ( 23.3% ), dan 28 responden (75.6%) yang memiliki tingkat pengetahuan kurang.

b. Pengetahuan ibu menyusui tentang penyebab *stunting*

**Tabel 4.6**  
**Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Ibu**  
**Menyusui Tentang Penyebab *Stunting***  
**di Puskesmas Antang Makassar**  
**Tahun 2014**

Tingkat pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Baik	7	18.9
Cukup	17	45.9
Kurang	13	35.1
<b>Jumlah</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa dari 37 responden, dapat diketahui bahwa distribusi responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik sebanyak 7 responden ( 18.9% ), 17 responden (45.9% ) yang memiliki tingkat pengetahuan cukup, dan 13 responden ( 35.1% ) yang memiliki tingkat pengetahuan kurang, berdasarkan tingkat pengetahuan tentang penyebab *stunting*.

c. Pengetahuan ibu menyusui tentang tata laksana *stunting*

**Tabel 4.7**  
**Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Ibu**  
**Menyusui Tentang Tata Laksana *Stunting***  
**di Puskesmas Antang Makassar**  
**Tahun 2014**

Tingkat pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Baik	20	54.0
Cukup	0	0
Kurang	17	45.9
<b>Jumlah</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa dari 37 responden, dapat diketahui bahwa 20 responden ( 54.0% ) yang memiliki tingkat pengetahuan baik, dan 17 responden (45.9% ) yang memiliki tingkat pengetahuan kurang berdasarkan tingkat pengetahuan responden tentang tata laksana *stunting*.



- d. Pengetahuan ibu menyusui tentang efek jangka panjang *stunting*

**Tabel 4.8**  
**Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Ibu Menyusui**  
**Tentang Efek Jangka Panjang *Stunting***  
**di Puskesmas Antang Makassar**  
**Tahun 2014**

Tingkat pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Baik	0	0
Cukup	2	5.4
Kurang	35	94.5
<b>Jumlah</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa dari 37 responden, dapat diketahui bahwa 2 responden ( 5.4% ) memiliki tingkat pengetahuan cukup dan 35 responden ( 94.5% ) yang memiliki tingkat pengetahuan kurang, berdasarkan tingkat pengetahuan tentang efek jangka panjang *stunting*.

- e. Pengetahuan ibu menyusui tentang pencegahan *stunting*

**Tabel 4.9**  
**Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Ibu Menyusui**  
**Tentang Pencegahan *Stunting***  
**di Puskesmas Antang Makassar**  
**Tahun 2014**

Tingkat pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Baik	14	45.9
Cukup	10	27.0
Kurang	13	35.1
<b>Jumlah</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa dari 37 responden, dapat diketahui bahwa 14 responden ( 45.9%) memiliki tingkat pengetahuan baik, 10 responden ( 27.0% ) memiliki tingkat pengetahuan cukup, dan 13 responden ( 35.1% ) memiliki tingkat pengetahuan kurang, berdasarkan tingkat pengetahuan tentang pencegahan *stunting*.

## B. PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang *stunting* pada balita yaitu segala sesuatu yang diketahui oleh ibu menyusui termasuk definisi, penyebab, tata laksana, efek jangka panjang dan pencegahan *stunting*.

Hasil penelitian di puskesmas Antang tahun 2014 yang dilaksanakan pada tanggal 06- 21 agustus 2014, yang menjadi responden

dalam penelitian ini adalah ibu menyusui sebanyak 37 responden. Hasil penelitian dapat diuraikan sebagai berikut:

#### 1. Karakteristik umur

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa dari 37 responden, dapat diketahui distribusi responden menurut umur terbanyak pada usia >30 tahun yaitu sebesar 17 responden ( 45% ), responden berusia 25-30 tahun sebanyak 12 responden ( 32.4% ), dan kelompok umur <25 tahun sebanyak 8 responden ( 21.7% ).

Responden kelompok umur <25 tahun, kelompok umur 25-30 tahun dan kelompok umur >30 tahun pada umumnya menjawab salah pada soal pernyataan dalam koesioner yang berjumlah 24 soal yang membahas defenisi, penyebab, tata laksana, efek jangka panjang dan pencegahan *stunting*. Sebagian besar responden menjawab salah pada soal kuesioner tentang efek jangka panjang, defenisi dan penyebab *stunting*. Hal ini menunjukkan bahwa umur responden dalam penelitian ini tidak mempengaruhi tingkat pengetahuan responden.

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa tingkatan umur ibu menyusui dengan tingkat pengetahuan tentang *stunting* tidak menunjukkan adanya hubungan antara umur dengan tingkat pengetahuan. Hal tersebut bertentangan dengan teori yang menyatakan bahwa semakin cukup umur, tingkat kematangan berfikir akan semakin matang. Ini terjadi akibat pematangan fungsi organ pada

aspek psikologis dan mental taraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa ( Mubarak, 2007 ).

Hal ini senada dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh saudari Dora Destria ( 2007 ) yang menggambarkan faktor-faktor yang berhubungan antara umur dengan tingkat pemahaman ibu terhadap pesan *Antenatal Care* yang terdapat dalam buku KIA menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara umur dengan pengetahuan responden terhadap pesan *Antenatal Care* dalam buku KIA. Hasil penelitian yang dilakukan di kecamatan Lumbangan tersebut menunjukkan rentang umur ibu hamil adalah 18-36 tahun. Dari seluruh responden tersebut 96.7% memiliki tingkat pemahaman baik mengenai pesan-pesan *Antenatal Care* dalam buku KIA.

## 2. Karakteristik pendidikan

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari 37 responden, dapat diketahui bahwa distribusi responden menurut pendidikan terbanyak pada tingkat pendidikan SMU/ sederajat yaitu sebesar 11 responden ( 29.7% ), disusul pada tingkat pendidikan SD/ sederajat sebanyak 9 responden ( 24.3% ), tingkat pendidikan SMP/ sederajat sebanyak 8 responden ( 21.6% ), tingkat pendidikan S1 sebanyak 7 responden ( 18.9% ), tingkat pendidikan DIII sebanyak 1 responden ( 2.70% ), dan tingkat pendidikan S2 sebanyak 1 responden (2.70%).

Jawaban responden dengan tingkat pendidikan SD/ sederajat, SMP/ sederajat, SMA/ sederajat, tingkat pendidikan DIII, dan S1 pada

umumnya memiliki jawaban yang sama. Kebanyakan memiliki jawaban salah pada pernyataan dalam koesioner. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan SD, SMP, SMU, DIII dan S1 masih memiliki tingkat pengetahuan kurang mengenai *stunting*. Sementara responden dengan tingkat pendidikan S2 menjawab benar pada sebagian besar soal pernyataan dalam koesioner.

Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan dalam penelitian ini tidak terlalu berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang *stunting* pada balita. Hal ini dapat dijelaskan bahwa pengetahuan responden dalam penelitian ini bisa dipengaruhi oleh beragamnya informasi yang diperoleh baik dari keluarga, kerabat, tenaga kesehatan, maupun media elektronik sehingga dapat mempengaruhi pengetahuan responden.

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa makin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya, sebaliknya seseorang dengan tingkat pendidikan rendah akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan informasi dan nilai-nilai baru yang diperkenalkan ( Mubarak, 2007).

Dalam tinjauan islam, terdapat perbedaan antara orang yang memiliki pengetahuan dengan orang yang tidak memiliki pengetahuan,

dan hanya orang yang berakal yang dapat menerima pelajaran. .  
 Sebagaiman firman Allah SWT dalam QS Az-zumar [39/9] sebagai berikut :

أَمَّنْ هُوَ قَنِتٌ ءَانَاءَ اللَّيْلِ سَاجِدًا وَقَائِمًا يَحْذَرُ الْآخِرَةَ وَيَرْجُوا رَحْمَةَ رَبِّهِ ۚ قُلْ هَلْ يَسْتَوِي الَّذِينَ يَعْلَمُونَ وَالَّذِينَ لَا يَعْلَمُونَ ۚ إِنَّمَا يَتَذَكَّرُ أُولُوا الْأَلْبَابِ ﴿٩﴾

Terjemahnya :

(apakah kamu Hai orang musyrik yang lebih beruntung) ataukah orang yang beribadat di waktu-waktu malam dengan sujud dan berdiri, sedang ia takut kepada (azab) akhirat dan mengharapkan rahmat Tuhannya? Katakanlah: "Adakah sama orang-orang yang mengetahui dengan orang-orang yang tidak mengetahui?" Sesungguhnya orang yang berakallah yang dapat menerima pelajaran ( Al-qalam Digital, 2009 ).

Ya'lamun pada ayat di atas, ada juga ulama yang memahaminya sebagai kata yang tidak memerlukan objek. Maksudnya siapa yang memiliki pengetahuan, apapun pengetahuan itu pasti tidak sama dengan yang tidak memilikinya. Hanya saja pengetahuan yang dimaksud di sini adalah pengetahuan yang bermanfaat, yang menjadikan seseorang mengetahui hakikat sesuatu lalu menyesuaikan diri dan amalnya dengan pengetahuannya itu (Shihab, 2002).

### 3. Karakteristik pekerjaan

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa dari 37 responden, dapat diketahui bahwa distribusi responden menurut pekerjaan terbanyak pada kelompok pekerjaan sebagai ibu rumah tangga (IRT) yaitu sebanyak 29 responden ( 78.3% ), dan kelompok pekerjaan sebagai PNS sebanyak 8 responden ( 21.6%).

Jawaban responden pada kelompok pekerjaan IRT dan kelompok pekerjaan PNS pada umumnya sama. Sebagian besar responden, baik responden dengan kelompok pekerjaan IRT maupun PNS menjawab salah pernyataan dalam koesioner. Hal ini menunjukkan bahwa pekerjaan responden dalam penelitian ini tidak ada hubungan dengan tingkat pengetahuan ibu tentang *stunting*.

Hal ini bertolak belakang dengan teori yang dikemukakan Mubarak (2007) yang menyatakan lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung ( Mubarak, 2007 ).

### 4. Distribusi tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang *stunting*

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang *stunting* pada umumnya berada dalam tingkat pengetahuan kurang. Dimana hanya 1 responden (2.7%) memiliki tingkat pengetahuan dalam kategori baik, 10 responden (27.0%) memiliki tingkat pengetahuan cukup dan 26 responden (70.2%) memiliki tingkat pengetahuan kurang.

Rendahnya pengetahuan responden kemungkinan disebabkan oleh banyak faktor. Peneliti beranggapan bahwa kurangnya pengetahuan responden kemungkinan disebabkan oleh masih kurangnya informasi yang diperoleh baik dari petugas kesehatan maupun dari media elektronik. Faktor lain yang kemungkinan menjadi penyebab rendahnya pengetahuan ibu tentang *stunting* adalah kurangnya kesadaran masyarakat untuk mencari tahu masalah kesehatan anak.

Salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah informasi yang diperoleh. Kemudahan memperoleh informasi dapat membantu seseorang untuk mempercepat memperoleh pengetahuan yang baru (Mubarak 2007).

##### 5. Distribusi tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang definisi *stunting*

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa pengetahuan responden tentang definisi *stunting* pada umumnya masih kurang. Pengetahuan ibu menyusui tentang definisi *stunting* menunjukkan dari 37 responden, diketahui jumlah responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik tentang definisi *stunting* sebanyak 9 responden ( 23.3% ), dan 28 responden (75.6%) yang memiliki tingkat pengetahuan kurang.

Mayoritas responden menjawab salah pertanyaan tentang definisi *stunting* dalam koesioner yang menyatakan bahwa *stunting* merupakan suatu keadaan kurang gizi kronis. Sebagaimana yang kita



ketahui bahwa *stunting* merupakan suatu keadaan kurang gizi yang bersifat kronis atau sudah terjadi dalam jangka waktu lama.

6. Tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang penyebab *stunting*

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa dari 37 responden, dapat diketahui bahwa distribusi responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik sebanyak 7 responden ( 18.9% ), 17 responden (45.9% ) yang memiliki tingkat pengetahuan cukup, dan 13 responden ( 35.1% ) yang memiliki tingkat pengetahuan kurang, berdasarkan tingkat pengetahuan tentang penyebab *stunting*.

Sebagian responden menjawab dengan baik. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian responden mengetahui penyebab *stunting*. Namun, sebagian besar responden menjawab salah pada pertanyaan dalam kuesioner tentang penyakit infeksi akut seperti cacingan dan diare dapat menyebabkan kurang gizi yang secara tidak langsung dapat menyebabkan *stunting*. Sebagaimana yang kita ketahui bahwa penyakit infeksi akut yang sering berulang dapat menyebabkan anak mengalami gizi kurang karena intake makanan kurang yang pada akhirnya akan bermanifestasi dalam bentuk tubuh pendek ( *stunting* ).

7. Tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang tata laksana *stunting*

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa dari 37 responden, 20 responden ( 54.0% ) yang memiliki tingkat pengetahuan baik, dan 17 responden (45.9% ) yang memiliki tingkat pengetahuan kurang

berdasarkan tingkat pengetahuan responden tentang tata laksana *stunting*.

Sebagian besar responden menjawab dengan baik pernyataan tentang penatalaksanaan masalah *stunting*. Namun, masih ada sebagian responden yang menjawab salah penatalaksanaan *stunting*. Penulis beranggapan bahwa masih adanya responden yang menjawab salah disebabkan karena kurangnya informasi tentang *stunting* baik dari petugas kesehatan maupun dari sumber informasi lain.

#### 8. Tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang efek jangka panjang *stunting*

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa pengetahuan responden tentang efek jangka panjang *stunting* masih kurang. Pengetahuan masyarakat tentang efek jangka panjang *stunting* menunjukkan dari 37 responden, dapat diketahui bahwa 2 responden ( 5.4% ) memiliki tingkat pengetahuan cukup dan 35 responden ( 94.5% ) yang memiliki tingkat pengetahuan kurang, berdasarkan tingkat pengetahuan tentang efek jangka panjang *stunting*.

Sebagian kecil menjawab benar pernyataan tentang efek jangka panjang *stunting*. Namun, dapat dikatakan bahwa hampir semua responden menjawab salah pernyataan tentang efek jangka panjang *stunting*. Hampir seluruh responden menjawab salah pernyataan dalam koesioner tentang *stunting* menyebabkan penurunan kualitas belajar karena anak *stunting* cenderung mudah sakit. Sebagaimana yang kita

ketahui bahwa, anak *stunting* cenderung memiliki daya tahan tubuh rendah dibanding dengan anak yang tidak *stunting*.

9. Tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang pencegahan *stunting*

Tabel 4.9 menunjukkan bahwa dari 37 responden, dapat diketahui bahwa 14 responden ( 45.9%) memiliki tingkat pengetahuan baik, 10 responden ( 27.0% ) memiliki tingkat pengetahuan cukup, dan 13 responden ( 35.1% ) memiliki tingkat pengetahuan kurang, berdasarkan tingkat pengetahuan tentang pencegahan *stunting*.

Sebagian besar responden menjawab benar pernyataan tentang pencegahan *stunting*. Namun, masih banyak responden yang menjawab salah pernyataan nomor 7 dan nomor 8 tentang semakin cepat anak mendapatkan MP-ASI ( sebelum usia 6 bulan) maka makin baik pertumbuhan bayi dan dapat mencegah tubuh pendek. Namun, sebagaimana yang kita ketahui bahwa MP-ASI hanya dapat diberikan setelah anak berusia >6 bulan. Pemberian MP-ASI yang terlalu dini dapat menyebabkan diare pada anak yang dapat menyebabkan anak mengalami gizi kurang dan secara tidak langsung dapat menyebabkan *stunting*. Pernyataan nomor 8 tentang penyediaan makanan dan minuman yang baik dapat mencegah tubuh pendek. Sebagaimana yang kita ketahui bahwa intervensi sanitasi yang baik dapat mencegah diare pada anak.

Dari penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa ibu menyusui masih memiliki tingkat pengetahuan yang kurang tentang

*stunting* yang mencakup definisi, penyebab, tata laksana, efek jangka panjang dan pencegahan *stunting*. Pada umumnya masyarakat belum menyadari bahwa *stunting* merupakan suatu masalah kesehatan serius yang dapat menyebabkan penyakit tidak menular di kemudian hari yang saat ini menjadi mayoritas beban penyakit di Indonesia.

Hal ini dapat dijelaskan bahwa pengetahuan seseorang dalam hal ini responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini bisa dipengaruhi oleh berbagai faktor termasuk informasi dari petugas kesehatan, teman, saudara dan berbagai media elektronik. Dengan demikian, informasi yang diperoleh dapat memberikan hasil yang beraneka ragam dan mempengaruhi tingkat pengetahuan responden mengenai *stunting*.

Hal yang sama diungkapkan oleh Notoatmodjo (2007), bahwa pengetahuan (*knowledge*) adalah merupakan hasil dari tahu dan inti terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu melalui panca indra manusia yakni: indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Penelitian ini dapat menjadi data dasar bagi penelitian selanjutnya tentang faktor-faktor yang mempengaruhi rendahnya pengetahuan masyarakat tentang *stunting*.

Dari penelitian ini maka dapat dilihat kesimpulan bahwa perlu adanya sosialisasi yang lebih banyak pada masyarakat tentang

masalah-masalah kesehatan pada anak. Kehidupan seorang anak sangat bergantung kepada orang tua. Jadi tidak boleh ada diskriminasi dalam hal informasi setiap orang berhak atas informasi tersebut dan keputusan akhir tetap di tangan orang tua. Seperti dalam Islam, sampaikanlah walau hanya 1 ayat, maka dalam hal kebaikan dan kebenaran, kita sebagai tenaga kesehatan wajib menyampaikan informasi yang bermanfaat bagi masyarakat. Semua itu untuk kepentingan generasi kita dimasa depan. Bangsa yang kuat mempunyai warga negara yang sehat dan itu berlaku sepanjang zaman.

## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian Gambaran Tingkat Pengetahuan Ibu Menyusui Tentang *Stunting* Pada Balita Di Puskesmas Antang Makassar Tahun 2014, maka dapat ditarik kesimpulan :

1. Secara umum, tingkat pengetahuan responden tentang *stunting* masih kurang. Dimana dari 37 responden, 26 responden (70.2%) memiliki tingkat pengetahuan kurang tentang *stunting*.
2. Sebagian besar responden masih memiliki tingkat pengetahuan kurang, yaitu dari 37 responden, sebanyak 28 responden (75.6%) yang masih memiliki tingkat pengetahuan kurang tentang pengertian *stunting*
3. Mayoritas responden yang diteliti memiliki tingkat pengetahuan dalam kategori cukup sebanyak 17 responden (45.9% ) tentang penyebab *stunting*
4. Tingkat pengetahuan ibu tentang tata laksana *stunting*, dari hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden yang diteliti memiliki pengetahuan baik yaitu sebanyak 20 responden ( 54.0% ).
5. Sebagian besar responden memiliki pengetahuan kurang tentang efek jangka panjang *stunting*. Dapat dilihat dari 37 responden yang diteliti,

terdapat 35 responden (94.5%) yang memiliki tingkat pengetahuan kurang.

6. Tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang pencegahan *stunting*, dari hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden yang diteliti memiliki pengetahuan baik sebanyak 14 responden ( 45.9%).

#### B. Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian yang telah dilakukan maka peneliti memberikan saran sebagai berikut:

1. Lintas sektor, pembuat kebijakan, hendaknya menciptakan kebijakan dengan fokus utama pada perbaikan masalah gizi balita terutama pencegahan dan penatalaksanaan *stunting*.
2. Kepada pemerintah dari tingkat pusat sampai pemerintah ditingkat daerah memfasilitasi dan mendukung upaya sosialisasi pencegahan dan penatalaksanaan
3. Kepada unit pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit mengadakan kegiatan sosialisasi dan penyuluhan kepada masyarakat tentang *stunting*, terutama dalam hal pencegahan dan penatalaksanaan.
4. Kepada tenaga kesehatan memperluas cakupan penyuluhan tentang *stunting* agar semua lapisan masyarakat dapat mengikuti kegiatan penyuluhan tersebut.
5. Kepada masyarakat terkhusus ibu menyusui hendaknya rajin mencari informasi baik dari media elektronik maupun dengan ikut kegiatan-kegiatan penyuluhan kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- AL-Quran dan terjemahnya. 2010. Depag RI: Jakarta
- Adiningsih, Sri. 2010. *Waspada! gizi balita anda*. PT Gramedia: Jakarta
- Ahmad, Aripin, dkk. 2010. *ASI Eksklusif, anemia, dan stunting pada anak BADUTA (6-24 bulan) di kecamatan Darul imarah kecamatan Aceh besar*. Dosen Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Aceh. <http://www.nasuwakes.poltekkes-aceh.ac.id/pdf>. diakses pada tanggal 24 februari 2014
- Al-kalam Digital Versi 1.0. Bandung : Penerbit Diponegoro, 2009.
- Al-musayyar, Sayyid Ahmad. 2008. *Akhlak A-usrah Al-muslimah buhuts wa fatawa*. Terj. Habiburrahman, *Fiqih cinta kasih*. Erlangga: Mesir.
- Andrew J et all. *Stunting is characterized by chronic inflammation in Zimbabwean infants*. Vol 9/ issue 2 (February 2014) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pdf>. di akses pada tanggal 18 mei 2014
- Anugraheni, Hana Sofia dan Marta Irene Kartasurya. *faktor risiko kejadian stunting pada anak usia 12-36 bulan di kecamatan pati, kabupaten Pati*. Journal of nutrition college, vol.1 no.1 (2012). <http://ejournals1.undip.ac.id/pdf>. diakses pada tanggal 20 februari 2014
- Arisman, MB. 2009. *Gizi dalam daur kehidupan*. EGC: Jakarta
- Badan perencanaan pembangunan nasional (BAPPENAS). *Rencana aksi nasional pangan dan gizi 2011-2015*. (2011). <http://ekstranet.who.int/pdf>. Diakses pada tanggal 22 maret 2014
- Baskoro, Anton. 2008. *ASI panduan praktis ibu menyusui*. Banyu Media: Yogyakarta
- Dahlia, Sitti. “ *pengaruh pendekatan positif deviance terhadap peningkatan status gizi balita*. Media gizi masyarakat indonesia vol. 2. No. 1. (agustus 2012) <http://download.portalgaruda.org/pdf> di akses pada tanggal 24 februari 2014
- Dean Spears. *Open defecation and childhood stunting in india an ecological analysis of new data from 112 district*. Vol 8 (September 2013). Plose one: india. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pdf> di akses pada tanggal 18 mei 2014



- Dewi, Susan Fatma. 2013. “ *Gambaran pengetahuan ibu tentang status gizi balita dilingkungan VIII kelurahan Sei Agul Medan*”  
<http://balitbang.pemkomedan.go.id.pdf> diakses pada tanggal 24 februari 2014
- Kemenkes RI direktorat bina gizi. 2013. *Rencana kerja pembinaan gizi masyarakat*.<http://gizi.depkes.go.id.pdf> diakses pada tanggal 9 mei 2014.
- Destria, Dora. 2010. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat pemahaman ibu hamil terhadap pesan Antenatal Care yang terdapat dalam buku KIA*.  
<http://eprints.undip.ac.id.pdf> diakses pada tanggal 23 Agustus 2014
- Fitriani, Rini. 2011. *Kesehatan reproduksi*. Alauddin press: Makassar
- Fitri. “ *Berat lahir sebagai faktor dominan terjadinya stunting pada balita usia 12-59 bulan di sumatera (analisis riskesdas 2010)*”. Tesis. (januari 2012).  
<http://lontar.ui.ac.id.pdf> diakses ada tanggal 20 februari 2014
- Giri, Made Kurnia Widiastuti,dkk. *hubungan pengetahuan dan sikap ibu tentang pemberian ASI serta pemberian ASI eksklusif dengan status gizi balita 6-24 bulan. Di kelurahan kampung kajanan kecamatan buleleng*. Jurnal magister kedokteran keluarga, vol. 1 no. 1 (2013).  
<http://eprints.uns.ac.id.pdf> diakses pada tanggal 24 februari 2014
- Giri, M kurnia Widiastuti, dkk. “ *hubungan pemberian ASI Eksklusif dengan status gizi balita usia 6-24 bulan di kampung kajanan Buleleng*”. Jurnal sains dan teknologi, vol. 2. No. 1 (April2013).  
<http://ejournal.undiksha.ac.id/pdf> diakses pada tanggal 24 februari 2014
- Herri zan Pieter dan Namora Lumongga Lubis. 2011. *Pengantar psikologi untuk kebidanan*.Cet.II. Kencana :Jakarta.
- Hurlock EB. 2006. *Psikologi perkembangan*. Erlangga: Jakarta
- IDAI. 2010. *Buku ajar endokrinologi anak*. Badan penerbit IDAI: Jakarta
- IDAI, 2009. *Pedoman pelayanan medis*. <http://idai.or.id/pdf>. di akses 13 mei 2014
- Ihsan, Muhammad,dkk. *faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi anak balita di desa teluk rumbia kecamatan singkil kabupaten Aceh singkil tahun 2012*.<http://jurnal.usu.ac.id> diakses pada tanggal 24 februari 2014
- Indonesia health sector review.2012. *indonesia menghadapi beban ganda malnutrisi. Public disclosure authorized* (desember 2012).  
<http://www.wds.worldbank.org> diakses pada tanggal 20 februari 2014.

Intrauterine-Growth-Restriction.

<http://www.i-am-pregnant.com/encyclopedia/Pregnancy/Intrauterine-Growth-Restriction>.di akses pada tanggal 9 juni 2014

Khamzah, Siti Nur. 2012. *Segudang keajaiban ASI yang harus anda ketahui*. Flashbooks: Yogyakarta

Kemenkes.2013. Rencana kerja pembinaan gizi masyarakat.  
<http://gizi.depkes.go.id.pdf> diakses 9 mei 2014

Kepmenkes RI. *Standar antropometri penilaian status gizi anak*.2011. Direktorat bina gizi : Jakarta . <http://gizi.depkes.go.id.pdf> diakses 13 mei 2014

Kerangka kebijakan gerakan sadar gizi dalam rangka seribu hari pertama kehidupan (1000 HPK) Republik Indonesia. (September, 2012).  
<http://kgm.bappenas.go.id/pdf> diakses pada tanggal 24 februari 2014

Kusuma, kukuh eka dan Nuryanto. “*Faktor risiko kejadian stunting pada anak usia 2-3 tahun (studi di kecamatan semarang timur)*. Jurnal of nutrition college, vol. 2 no. 4 (2013).  
<http://download.portalgaruda.org.pdf> diakses pada tanggal 20 februari 2014

Manary, M.J. & Solomons, N.W. *Gizi Kesehatan Masyarakat, Gizi dan Perkembangan Anak*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Terjemahan Public Health Nutrition, Editor. Gibney, M.J, Margetts, B.M., Kearney, J.M. & Arab, L Blackwell Publishing Ltd, Oxford; 2009

Mardewi, Kadek Wini. 2014. *Kadar seng serum rendah sebagai faktor risiko perawakan pendek pada anak*.Tesis. <http://www.pps.unud.ac.id/thesis/pdf>.  
Diakses pada tanggal 18 mei 2014

Maryunani, Anik. 2012. *Inisiasi menyusui dini, ASI EKsklusif dan Manajemen laktasi*. CV Trans info media: Jakarta

Mubarak, Wahit Iqbal, dkk. 2007. *Promosi Kesehatan Sebuah Pengantar Proses Belajar Mangajar dalam Pendidikan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Mukani, Miswani. 2012. *Mencerdaskan anak sejak dalam rahim*. Alauddin university press: Makassar

Natalia, Lucia destri, Dkk. *Hubungan ketahanan pangan tingkat keluarga dan tingkat kecukupan zat gizi dengan status gizi batita di desa Gondangwingin tahun 2012*”. Jurnal kesehatan masyarakat , vol 2, no.2 (Maret 2013). <http://ejournals1.undip.ac.id.pdf> diakses pada tanggal 24 februari 2014

- Nasikhah, Roudatun. “*faktor risiko kejadian stunting pada balita usia 24-36 bulan dikecamatan semarang timur*”. Tesis. (2012). <http://eprints.undip.ac.id/pdf> diakses pada tanggal 24 februari 2014
- Novayeni, Mukhlis. Dkk. 2011. *Hubungan asupan energi dan protein dengan status gizi balita di kelurahan tamamaung*. <http://repository.unhas.ac.id>. Diakses pada tanggal 20 februari 2014.
- Notoadmodjo. 2007. *Kesehatan masyarakat ilmu dan seni*. Cetakan pertama. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Notoadmodjo, Soekidjo. 2012. *Metodeologi penelitian kesehatan*. PT Rineka Cipta : Jakarta
- Nur hidayati, Rina. “*hubungan tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga dan anak dengan status gizi balita di wilayah puskesmas pancoran mas kota depok*. Tesis. (juli 2011). <http://lontar.ui.ac.id/pdf> diakses pada tanggal 11 maret 2014
- Nursalam. 2008. *Konsep dan penerapan metodeologi penelitian ilmu keperawatan*. Salemba medika: Jakarta
- Renyoet, brigitte sarah, dkk.. *Hubungan pola asuh dengan kejadian stunting anak usia 6-23 bulan di wilayah pesisir kecamatan Tallo kota makassar*. Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar (2013). <http://repository.unhas.ac.id/pdf>. Diakses pada tanggal 20 februari 2014
- Rosary, Alania, dkk. “ *Hubungan diare dengan status gizi balita di kelurahan lubuk buaya kecamatan koto tangah kota padang*. Jurnal kesehatan Andalas, vol. 2 no. 3 (2013). <http://jurnal.fk.unand.ac.id/pdf> diakses pada tanggal 20 februari 2014
- Saleha, Sitti. 2009. *Asuhan kebidanan pada masa nifas*. Salemba Medika: Jakarta
- Shafwan, dkk. *Pengelolaan data dan informasi status gizi balita dan pengambilan keputusan program gizi di puskesmas sekabupaten Majene*”. Jurnal gizi klinik Indonesia, vol. 5. No. 2 (November, 2008). <http://simkes.fk.ugm.ac.id/pdf> diakses pada tanggal 24 februari 2014
- Sulaeman, Umar. 2011. *Analisis pengetahuan, sikap, dan perilaku beragama siswa*. Alauddin university press: Makassar
- Sulistyoningsih, Hariyani. 2011. *Gizi untuk kesehatan ibu dan anak*. Graham ilmu: Yogyakarta
- Soetardjo, Susirah dan Moesijanti Soekatri. 2011. *Gizi seimbang dalam daur kehidupan*. PT Gramedia pustaka utama: Jakarta

- Soetjiningsih. 1995. *Tumbuh kembang anak*. Cet. 2012. EGC: Jakarta
- UNICEF Indonesia ringkasan kajian. “*Gizi ibu dan anak*”. Unite for children (oktober 2012). <http://www.unicef.org/indonesia.pdf> diakses pada tanggal 20 februari 2014
- Unicef Indonesia. “*Pendidikan dan perkembangan anak usia dini*”. Unite for children (Oktober, 2012). <http://www.unicef.org.pdf> ( oktober 2012). di akses pada tanggal 15 maret 2014
- Picaully, Inchje dan Sarci Magdalena Toy. *Analisis determinan dan pengaruh stunting terhadap prestasi belajar anak sekolah di kupang dan sumba timur, NTT*. Jurnal gizi dan pangan, vol. 8 no. 1 (Maret, 2013). <http://download.portalgaruda.org.pdf> diakses pada tanggal 20 februari 2014
- Proverawati, Atikah dan Eni Rahmawati. 2010. *ASI dan menyusui*. Nuha medika: Yogyakarta
- Proverawati, Atikah dan Erna Kusuma wati. 2011. *Ilmu gizi untuk keperawatan dan gizi kesehatan*. Nuha Medika: Yogyakarta
- Rahma, Sitti. 2012. *Fisiologi laktasi*. Alauddin university press: Makassar
- Riskesdas 2007. *Laporan nasional 2007*. Badan penelitian dan pengembangan kesehatan depkes RI. <http://staff.ui.ac.id.pdf>. Diakses 24 februari 2014
- Riskesdas 2007. *Pedoman pengukuran dan pemeriksaan*. <http://www.riskesdas.litbang.depkes.go.id.pdf> diakses pada tanggal 9 mei 2014
- Riset kesehatan dasar (RISKESDAS). 2010. badan penelitian dan pengembangan kesehatan.kemendesRI(2010). <http://www.riskesdas.litbang.depkes.go.id/pdf> diakses pada tanggal 24 februari 2014
- Riset kesehatan dasar (RISKESDAS) 2013. <http://www.litbang.depkes.go.id/.pdf> diakses pada tanggal 22 maret 2013
- Rahim, fitri kurnia. “*faktor-faktor yang berhubungan dengan underweight pada balita umur 7-59 bulan di wilayah puskesmas leuwimunding kabupaten Majalengka tahun 2011*”. Skripsi. [http:// perpus.fkik.uinjkt.ac.id.pdf](http://perpus.fkik.uinjkt.ac.id.pdf) diakses pada tanggal 12 maret 2014
- Shihab, M. Quraish. 2002. *Tafsir Al-Misbah pesan, kesan dan keserasian Al-Qur'an*. Lentera hati: Jakarta

- Soemardi, Nia novita wirawan, okthavia kusuma wardani. “*hubungan antara pola asuk psikososial dengan status gizi balita dikelurahan sumur batu kecamatan bantar gebang bekasi*”. 2013. <http://old.fk.ub.ac.id/pdf> diakses pada tanggal 3 maret 2014
- Susanty, novita milda.,Margawati,Ani. “*hubungan derajat stunting, asupan zat gizi dan social ekonomi rumah tangga dengan perkembangan motorik anak usia 24-36 bulan di wilayah kerja puskesmas bugangan semarang*”. Jurnal of nutrition college, vol.1 no.1 (2012). <http://download.portalgaruda.org/pdf> diakses pada tanggal 11 maret 2014
- Susanty, Mery. *Hubungan pola pemberian ASI dan MP ASI dengan gizi buruk pada anak usia 6-24 bulan di Kelurahan pannampu makassar*. Jurnal media gizi masyarakat Indonesia vol 1 no.2 (februari 2012) <http://eprints.undip.ac.pdf> diakses pada tanggal 20 februari 2014
- Susilawaty, Desi. 2009. *Volume dan fungsi sekresi ginjal pada pertumbuhan janin terhambat dan normal dengan pemeriksaan ultrasonografi*. Tesis. Fakultas kedokteran universitas Sumatera Utara: Medan. <http://www.pps.unud.ac.id/thesis/pdf> diakses pada tanggal 9 juni 2014
- Susilo, Mursid tri., dan Widyastuti Nurmasari. “*hubungan kadar seng (Zn) rambut dengan Z-Skore panjang badan menurut umur (PB/U) balita umur 12-24 bulan*”. Jurnal of nutrition college, vol. 2. No. 4 (2013). <http://download.portalgaruda.org/pdf>. diakses pada tanggal 10 maret 2014
- Sunita almatsier, dkk. 2011. *Gizi seimbang dalam daur kehidupan*. PT Gramedia pustaka umum: Jakarta
- Wiyogawati, Citaningrum. “*Kejadian stunting pada anak berumur dibawah 5 tahun (0-59 bulan ) di provinsi papua barat tahun 2010 (Analisis Riskesdas 2010) tahun 2012*”. Skripsi (januari 2012), fakultas kesehatan masyarakat Depok. <http://lontar.ui.ac.id/pdf>. diakses pada tanggal 24 februari 2014
- Yuniastuti, Ari. 2008. *Gizi dan kesehatan.graha ilmu*: Yogyakarta
- Yunitasari, Linda. “*perbedaan intelegence quotion (IQ) antara anak stunting dan tidak stunting umur 7-12 tahun di sekolah dasar negeri buara kecamatan ketanggungan kabupaten brebes*”.Jurnal kesehatan masyarakat, vol. 1. No.2. (2012).<http://ejournal-s1.undip.ac.id/pdf>. diakses 24 februari 2014

